



## **CERTIFICACIÓN DE IMPEDIMENTO, CONDICIÓN TEMPORAL O EMBARAZO RECOMENDACIÓN DE ACOMODO RAZONABLE**

Nombre del Estudiante Bayamón (    )    Carolina (    )	Número de Estudiante Vega Baja (    )    Ponce (    )
--	--

El/la estudiante de Caribbean University, está en proceso de solicitar un acomodo razonable para cursar estudios en nuestra Universidad. Como requisito se le solicita que el profesional de la salud (entiéndase médico, terapeuta, o consejero), que atiende al/a la estudiante por la(s) condición(es) para la(s) cual(es) solicita el acomodo razonable complete esta certificación.

Para agilizar el proceso y atender las necesidades del/la estudiante, solicitamos que sus recomendaciones sean lo más específicas posibles, relativas a la condición o impedimento que usted certifique, de forma que permitan el mejor desempeño de este/a estudiante.

Identificación del Profesional que certifica:

Nombre del Profesional: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

Dirección de su Oficina: \_\_\_\_\_

Numero de Licencia Profesional: \_\_\_\_\_ Núm. Teléfono: \_\_\_\_\_

Basado en sus exámenes y en la revisión de los resultados de pruebas diagnósticas pertinentes, certificado que él/la estudiante tiene la siguiente condición o condiciones diagnosticas:

El/la estudiante está capacitado(a) para desempeñarse como estudiante universitaria y su mejor desempeño estará sujeto a que se le conceda un acomodo razonable y se sigan las recomendaciones sugeridas a continuación:

\_\_\_\_\_  
Firma del Profesional

\_\_\_\_\_  
Fecha

Efectivo: \_\_\_\_\_