



SOLICITUD DE ACOMODO RAZONABLE

BAYAMÓN () CAROLINA () VEGA BAJA () PONCE ()

El servicio de ayuda a estudiantes con una condición temporal o con impedimentos tiene como objetivo proveer igualdad de oportunidades de estudios sin discriminar por razón de impedimento físico o mental. Si tiene algún impedimento, condición temporal o está embarazada, y desea **voluntariamente** que se le considere, por favor, indíquelo en este documento.

Nombre del Estudiante: _____ Núm. de Estudiante: _____
Apellidos, Nombre e Inicial

Núm. Celular: _____ Núm. Teléfono Residencial: _____

Correo Electrónico Institucional: _____ Correo Electrónico Personal: _____

Dirección Postal: _____

Persona a notificar en caso de emergencia: _____

Relación con Usted: _____ Teléfono: _____

Beneficiario de Rehabilitación Vocacional: Si No: Nombre del Consejero: _____

Núm. de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

INDIQUE LA(S) CONDICION(ES) O IMPEDIMENTO(S) DE ESA MANERA CORROBORAMOS LA INFORMACIÓN QUE OFRECE EL ESTUDIANTE Y EL PROFESIONAL DE LA SALUD:

Dificultad auditiva /sordera Dificultad visual/ciego legal Problemas del Habla Embarazo

Problemas de Aprendizaje Psiquiátricos/emocionales Problemas de Movilidad

Otros Especifique: _____

Tipo de Modificación que solicita: _____

¿Ha recibido o solicitado acomodo razonable anteriormente con nosotros o en otra institución educativa?: Si No

Si su contestación es afirmativa, por favor, explique: _____

IMPORTANTE: El Estudiante es responsable de presentar todos los documentos necesarios y requeridos para procesar su Solicitud de Acomodo Razonable.

Firma del Estudiante

Fecha