

CERTIFICACIÓN, CONDICIÓN TEMPORAL O EMBARAZO
RECOMENDACIÓN DE ACOMODO RAZONABLE

Nombre del Estudiante	Número de Estudiante
Bayamón () Carolina ()	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 al 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 permite el mejor desempeño de este/a estudiante.

Identificación del Profesional que certifica:

Nombre del Profesional: _____ Profesión: _____

Dirección de su Oficina: _____

Número de Licencia Profesional: _____ Número de teléfono: _____

Basado en sus exámenes y en la revisión de los resultados de pruebas diagnósticas pertinentes, certifico que el/la estudiante tiene la siguiente condición o condiciones diagnosticadas:

El/la estudiante está capacitado(a) para desempeñarse como estudiante universitario, entendiendo que 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