



SOLICITUD DE SERVICIOS Y MODIFICACIONES RAZONABLES

Año Académico: 20 ____ - 20 ____

Semestre: 1ro 2do Verano

Trimestre: 1er 2do 3er

1. Primer Apellido

2. Segundo Apellido

3. Nombre

Inicial

4. Número de Estudiante

5. Fecha de Nacimiento

6. Edad

7. Género F

M

LGBTTG

8. Facultad

Programa

9. Año de Estudio

10. Dirección Postal

11. Ciudad

País

Zona Postal

12. Dirección Residencial si es diferente a la Postal

13. Ciudad

País

Zona Postal

14. Teléfono Residencial

Celular

15. Correo Electrónico Institucional

16. Correo electrónico personal

¿Se hospeda?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Dirección: _____
Persona contacto:	_____		
Relación con usted:	_____	Teléfono:	_____
Correo Electrónico:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Beneficiario de Rehabilitación Vocacional			
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nombre del Consejero:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Correo Electrónico:	<input type="text"/>

Marque los impedimentos que tiene:

- Dificultad auditiva/sordera
- Dificultad visual/ciego legal
- Mental / emocional
- Otros: _____

- Problemas del habla
- Problemas de aprendizaje
- Problemas de movilidad
- Especifique: _____

Tipo de Modificación que entiendes podría ayudarte:

Curso:	Modificación que entiendes te ayudaría
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Esta solicitud debe ir acompañada de la Certificación de Impedimento y Recomendaciones para Modificación Razonable y completada por el profesional de salud que atiende su condición, o por la Certificación de la Oficina de Rehabilitación Vocacional. (Estará disponible en la Oficina de Servicios a Estudiantes con Impedimentos, OSEI)

El estudiante es responsable de presentar todos los documentos necesarios para que su Solicitud de Modificación Razonable sea procesada. Atención: Toda solicitud entregada luego de las 2PM será procesada al próximo día laborable.

Firma del Estudiante

Fecha

Directora OSEI

Fecha