

## SOLICITUD DE ADAPTACIÓN POR DISCAPACIDAD

APELLIDOS		
NOMBRE		DNI
TELÉFONO		E-MAIL
IDIOMA	NIVEL	MODALIDAD

Tiene el siguiente tipo de discapacidad:

---

---

---

Por lo que SOLICITA para la(s) prueba(s) de la(s) siguiente(s) destreza(s):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Comprensión de lectura | <input type="checkbox"/> Expresión e interacción escrita |
| <input type="checkbox"/> Comprensión oral       | <input type="checkbox"/> Expresión e interacción oral    |

las adaptaciones que aquí se especifican:

---

---

---

---

En Algeciras, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. (El/la solicitante): \_\_\_\_\_