

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):

- Comprensión de lectura Expresión e interacción escrita Mediación
 Comprensión oral Expresión e interacción oral

las adaptaciones que aquí se especifican:

Junto a esta solicitud entrego el INFORME MÉDICO JUSTIFICATIVO con antigüedad inferior a un año.

En Algeciras, a _____ de _____ de _____

Fdo. (El/la solicitante): _____