



Seminario Evangélico de Puerto Rico Oficina de Asuntos Académicos

SOLICITUD PARA ACOMODO RAZONBLE

Nombre: _____ Programa: _____

Email: _____ Teléfono: _____

Condición: _____ Temporera _____ Permanente

Describa la condición que le impide realizar a capacidad sus funciones esenciales como estudiante.

Detalle cuál o cuáles son las funciones que no puede realizar sin el acomodo razonable:

¿Ha solicitado anteriormente acomodo razonable? De contestar en la afirmativa indique fecha:

_____ Sí Fecha: _____ _____ No

¿Por la misma condición? _____ Sí _____ No

CERTIFICACION MÉDICA

Nombre del estudiante: _____ Programa _____

Email: _____ Teléfono: _____

I. Condición de Salud del estudiante, explique en palabras sencillas: (De ser necesario utilice hojas adicionales).

II. Que funciones el paciente (estudiante) no puede realizar de acuerdo a su condición de salud sin el acomodo razonable:

III. Recomendaciones:

IV: Certificación Médica:

Nombre del Medico: _____ Lic. #: _____

Especialidad: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Firma del Medico

Fecha