

DATOS PERSONALES

NOMBRE:	APELLIDOS:
DNI/NIE/PASAPORTE:	FECHA NACIMIENTO:
NACIONALIDAD:	LUGAR DE NACIMIENTO:
TELÉFONO:	E-MAIL:
DIRECCIÓN:	LOCALIDAD:
CÓDIGO POSTAL:	PROVINCIA:

TIPO DE PRUEBA:

DISCAPACIDAD MAYOR O IGUAL AL 33%: SÍ NO

DISCAPACIDAD/DIFICULTAD ESPECÍFICA DE APRENDIZAJE Y/O TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD/ENFERMEDAD CRÓNICA que justifica la solicitud de adaptación:

ADAPTACIONES SOLICITADAS

Indicar en el siguiente cuadro las adaptaciones/necesidades que precisa para el desarrollo de las pruebas:

DOCUMENTACIÓN APORTADA

- Informe médico oficial
- Dictamen técnico
- Certificado discapacidad
- Tarjeta discapacidad
- Otra documentación justificativa de la solicitud de adaptación

En _____, a _____ de _____ de 20_____

Firma del interesado/a: