



Entrada núm. _____

Data: _____

Sol·licitud General

Dades de la persona sol·licitant

Nom i Cognoms _____ DNI/NIE _____

Adreça _____ Municipi _____

Província/País _____ Codi Postal _____

Telèfon _____ Adreça electrònica _____

Dades Acadèmiques

Idioma _____ Grup _____ Curs _____

Sol·licito

Tipus de discapacitat:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Discapacitat física:
<input type="checkbox"/> Motora
<input type="checkbox"/> No motora | <input type="checkbox"/> Discapacitat intel·lectual
<input type="checkbox"/> Discapacitat de la comunicació i la parla |
| <input type="checkbox"/> Discapacitat sensorial:
<input type="checkbox"/> Visual
<input type="checkbox"/> Auditiva | <input type="checkbox"/> Discapacitat derivada de trastorn mental |

Documentació justificativa adjunta: _____

Resolució (a emplenar pel centre):

- Concedit
 Denegat

Tipus d'adaptació: _____

Data: ____/____/____ Signatura cap d'estudis: _____

_____, de _____ de _____

Signatura de la persona sol·licitant