



CERTIFICACIÓN MÉDICA PARA ACOMODO RAZONABLE

Documento Confidencial

Yo, _____
letra de molde

número de identificación _____, certifico que he sido orientado debidamente sobre mis derechos y responsabilidades con relación a la Solicitud de Acomodo Razonable y a la confidencialidad de la información. Autorizo a que se divulgue la información requerida a _____, Coordinador de Servicios a Estudiantes con Impedimento de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto de _____.

Firma del Estudiante

Certificación de Condición y/o Impedimento

Por la presente certifico que _____, con el número de identificación personal _____ tiene la siguiente condición o impedimento:

y que debido a esta condición presenta las **siguientes limitaciones:** _____

por lo cual se **recomienda** (especifique los acomodos razonables):

Académicos:

No Académicos:

Firma del Consejero de Rehabilitación Vocacional*
(si corresponde)

Firma del Médico Especialista*

Número de Licencia

Número de Licencia

Fecha

Fecha

Esta firma es requerida a los que **no son beneficiarios de los servicios del Programa de Rehabilitación Vocacional.*

NOTA: (Inter Aguadilla) Se requiere el SELLO Oficial de la Agencia o Profesional