



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE RÍO PIEDRAS
DECANATO DE ASUNTOS ESTUDIANTILES
OFICINA DE ASUNTOS PARA PERSONAS CON IMPEDIMENTOS (OAPI)



SOLICITUD DE SERVICIOS DE ESTUDIANTES CON IMPEDIMENTOS

El propósito de este documento es obtener información del/la estudiante con impedimentos del Recinto de Río Piedras, de modo que podamos coordinar la prestación de un servicio eficiente y de calidad que atienda sus necesidades académicas y extra curriculares. La información que se ofrezca es voluntaria y los datos recopilados se mantendrán en forma confidencial.

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre

Inicial

Número de Estudiantes

 - -

Estado Civil

Fecha de Nacimiento

Género

Día

Mes

Año

Masculino

Femenino

Clasificación del estudiante

Bachillerato Maestría Doctorado

Facultad

Concentración

Fecha de inicio de estudios

Años de estudios

1 año 2 años 3 años 4 años 5 ó más ____

Dirección postal

Ciudad

País

Zona postal

 -

Teléfono celular

Teléfono residencial

Correo electrónico

¿Se hospeda en las residencias universitarias?

Sí No

Indique lugar de hospedaje:

Dirección residencial

Ciudad

País

Zona postal

--	--	--

Persona a notificar en caso de emergencia:

--

Relación familiar:

Teléfonos:

--	--

Beneficiario de Rehabilitación vocacional: Sí No

Nombre del consejero:

Teléfono:

Extensión:

--

Ha recibido o solicitado acomodo razonable en otra institución educativa anteriormente: Sí No

Si su contestación es afirmativa, mencione cuales fueron los acomodados:

El/la estudiante es responsable de presentarle a la OAPI todos los documentos necesarios para procesar la *Solicitud de servicios de acomodo razonable* que incluyen:

1. Certificación de médico especialista, psicólogo o certificación del consejero de rehabilitación.
2. Certificación de acomodo razonable de alguna otra universidad con no más de tres años expedida.

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR U OBTENER INFORMACIÓN

Autorizo que la información personal aquí ofrecida así como la información médica, sicológica o provista por el/la consejero/a pueda ser utilizada por la Oficina de Asuntos para Personas con Impedimentos (OAPI), para fines de una adecuada coordinación de prestación de servicios.

Autorizo además, al personal de la OAPI a obtener o compartir de estimarse necesario, información médica adicional relacionada a mi condición con el facultativo médico, sicólogo o consejero de rehabilitación que me atiende.

Firma del/la estudiante

Fecha