

DECLARACIÓN RESPONSABLE
(Alumnado con discapacidad)

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre
DNI	Teléfono		Correo electrónico	
Dirección				
Localidad			C.P.	Provincia

DECLARA:

Que teniendo reconocida una discapacidad auditiva, visual o de movilidad igual o superior al 33% solicita la adaptación de las pruebas para el curso en el que está matriculado.

Tipo de adaptación que solicita:

Documentación que presenta:



Firma _____

