



Universidad Interamericana de Puerto Rico
SERVICIOS A ESTUDIANTES CON IMPEDIMENTOS



SOLICITUD DE RENOVACIÓN PARA ACOMODO RAZONABLE

Recinto: **INTER PONCE**

Término Académico: _____

Esta solicitud se cumplimentará para cada término.

1. Primer Apellido

2. Segundo Apellido

3. Nombre

Inicial

4. Número de Identificación

| | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

5. Dirección Postal

Ciudad

País

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| P | R |

Zona Postal

| | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

6. Si su Dirección Residencial es diferente a la Postal indique

Ciudad

País

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| P | R |

Zona Postal

| | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

7. Teléfono Residencial

| | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Celular

| | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

8. Correo Electrónico

9. Concentración

Recibe los servicios de Rehabilitación Vocacional: Sí No

10. Años de Estudio

1 año

2 año

3 año

4 año

5 ó más

Firma del Estudiante

Fecha