



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: _____

