



Unidad de Apoyo a Estudiantes con Discapacidad y/o necesidades especiales

SOLICITUD DE INTERVENCIÓN

Apellidos: _____ **Teléfono:** _____
Nombre: _____ **Correo electrónico:** _____
D.N.I.: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Domicilio: _____
Código Postal: _____
Localidad: _____
Provincia: _____

TIPO DE DISCAPACIDAD O NECESIDAD ESPECIAL QUE PRESENTA:

ESPECIFIQUE EL GRADO DE AFECTACIÓN:

- 33 - 36 %
 37 - 40 %
 41 - 44 %
 Más del 44 %. Por favor, indique el porcentaje : _____%

ESTUDIOS QUE REALIZA ACTUALMENTE:

CURSO: _____ TITULACIÓN: _____

FACULTAD: _____

Murcia, a _____ de _____ de _____

(Firma del Solicitante)

LE INFORMAMOS que sus datos de carácter personal serán almacenados en un fichero encriptado cuya titularidad corresponde a la Universidad de Murcia. El tratamiento se realizará de forma confidencial con el fin de garantizar el anonimato del declarante, garantizándose igualmente, la no difusión pública ni a personas ajenas al SAOP, salvo aquellas personas implicadas en las intervenciones acordadas previamente con el alumno. Podrá ejercitar sus derechos de rectificación, cancelación y oposición ante la Secretaria General de la Universidad de Murcia (Avda. Teniente Flomesta 5, 30003, Murcia).


Vicerrectorado de Estudiantes y Empleo
Servicio de Asesoramiento y Orientación Personal (SAOP)


Campus Universitario de Espinardo. 30100 Murcia
T. 868 88 3351 / 3230 - F. 868 88 3389 - www.um.es/saop



DIFICULTADES QUE PRESENTA:

POSIBLES ADAPTACIONES:

 En el aula (espacio físico, acceso, material de clase):

 En cuanto a las asignaturas (contenidos y exámenes):

 Otras: