



UNIVERSIDAD
DE MURCIA

VICERRECTORADO DE
ESTUDIANTES Y EMPLEO



Servicio de Asesoramiento y Orientación Personal (SAOP)

Unidad de Apoyo a Estudiantes con Discapacidad

SOLICITUD DE INTERVENCIÓN

Apellidos: _____ Nombre: _____

N.I.F.: _____ Domicilio: _____

Localidad: _____ Código Postal: _____

Provincia: _____ Teléfono: _____ / _____

Correo electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Día Mes Año

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)