**DATOS PERSONALES**

PROGRAMA:       FECHA DE SOLICITUD:

PERIODO ACADEMICO: 1.       2.       AÑO:

NOMBRE COMPLETO:

No. IDENTIFICACION:

CORREO ELECTRÓNICO:       TELÉFONO / CELULAR:

**TIPO DE DISCAPACIDAD**

Marque con una (x):

* AUDITIVA
* INTELECTUAL
* MOTORA
* MÚLTIPLE
* PSICOSOCIAL
* VISUAL
* OTRA (ESPECIFIQUE):

**ACOMPAÑAMIENTO**

Marque con una (x) el tipo de acompañamiento que requiere para la presentación de las pruebas adicionales:

* ¿Requiere traducción a la lengua de señas (Colombia)?:
* ¿Requiere de algún elemento auxiliar para desplazarse)?:

Especifique cuál(es): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* ¿Requiere algún tipo de acompañamiento durante la presentación de la prueba adicional?

Realice una breve descripción del apoyo que requiere del acompañante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**El aspirante debe anexar los siguientes documentos:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. Orden | Documentos | Cumple: | |
| SI | NO |
| 1 | Fotocopia del documento de identidad |  |  |
| 2 | Certificación médica de la discapacidad |  |  |
| 3 | Fotocopia del recibo de pago por concepto de derechos de inscripción debidamente cancelado |  |  |

**FIRMA ASPIRANTE**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Funcionario que recibe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N° Folios:     [http://t2.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcQ_EpWhi0ClckAa8jRZ76-43EpI9y4JR12uCH6gEbA-58B4R-b-4g](http://www.google.com.co/imgres?imgurl=http://www.educima.com/dibujo-para-colorear-tijeras-dl8216.jpg&imgrefurl=http://www.educima.com/dibujo-para-colorear-tijeras-i8216.html&h=620&w=875&sz=20&tbnid=7icuQbEwlGvkPM:&tbnh=90&tbnw=127&prev=/search?q=dibujos+de+tijeras+para+colorear&tbm=isch&tbo=u&zoom=1&q=dibujos+de+tijeras+para+colorear&docid=uwYmhiyT7U9dXM&hl=es&sa=X&ei=7c1xT5fEC5SRgQfg0t1O&ved=0CCYQ9QEwAA&dur=780)

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Solicitud de acompañamiento para presentación de pruebas adicionales**

**Aspirantes con discapacidad**

**Código: PA-GA-4.2-FOR-**

Nombre del aspirante:       Identificación:

Programa:

Período académico: 1       2       Año:

Fecha de solicitud: Día     Mes     Año

Funcionario que recibe:       Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N° Folios:

***Conserve este desprendible y preséntelo en caso de reclamo***