



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE  
MADRID



**SOLICITUD DEL PROGRAMA DE APOYO SOCIO SANITARIO PARA ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD/DIVERSIDAD FUNCIONAL**

PRIMER APELLIDO.....

SEGUNDO APELLIDO.....

NOMBRE..... D.N.I.....

TELEFONO..... MÓVIL.....

CORREO ELECTRÓNICO.....

DOMICILIO.....

LOCALIDAD.....

PROVINCIA..... C. POSTAL.....

TELÉFONO..... MÓVIL.....

DISCAPACIDAD: .....

FACULTAD / ESCUELA Y ESTUDIOS.....

SOLICITA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE APOYO SOCIO SANITARIO PARA ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD SEVERA RESOLUCIÓN 8 DE JULIO DE 2011 PARA EL CURSO 2019-2020.

Madrid,.....de.....de.....

FDO

SRA. DELEGADA DEL RECTOR PARA LA DIVERSIDAD

Necesidades: Actividades de la vida diaria (comida, aseo, cambios posturales....otros)

Especificar el apoyo.

HORARIO	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	Observaciones
PUNTO DE ENCUENTRO						

<b>Información básica sobre protección de datos del tratamiento: Apoyo a Personas con Diversidad</b>	
<b>Responsable</b>	Delegación para la Unidad de Apoyo a la Diversidad e Inclusión UCM
<b>Finalidad</b>	Colaborar en apoyo a personas con diversidad
<b>Legitimación</b>	Consentimiento de las personas interesadas
<b>Destinatarios</b>	No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal
<b>Derechos</b>	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, explicados en la información adicional
<b>Información adicional</b>	Puede consultarla con detalle en nuestra página web: <a href="https://www.ucm.es/data/cont/docs/3-2018-03-06-Info-Adic-Apoyo-Personas-Diversidad.pdf">https://www.ucm.es/data/cont/docs/3-2018-03-06-Info-Adic-Apoyo-Personas-Diversidad.pdf</a>
<input type="checkbox"/> He leído la política de privacidad y expreso el consentimiento	