1/2

**DATOS PERSONALES**

NOMBRE:

PRIMER APELLIDO:

SEGUNDO APELLIDO:

DIRECCIÓN POSTAL:

CÓDIGO POSTAL:

POBLACIÓN:

PROVINCIA:

TELÉFONO FIJO:

MÓVIL:

CORREO ELECTRÓNICO:

**DATOS ACADÉMICOS (en caso de ser estudiantes)**

ESTUDIOS en los que se ha matriculado:

RAMA DE ESTUDIOS:

FACULTAD/ESCUELA:

CURSO ACTUAL:

AÑO COMIENZO DE ESTUDIOS:

AÑO FIN DE ESTUDIOS:

OTROS ESTUDIOS EN LA UCM:

**TIPO DE DISCAPACIDAD (MARCAR CON UNA X)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VISUAL |  | AUDITIVA |  | FÍSICA |  |
| ORGÁNICA |  | PSÍQUICA |  | MÚLTIPLE |  |

OTRAS…………………………………………………………………………………

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SÍ |  | Adjuntar el certificado de discapacidad |
| NO |  |  |

Grado de discapacidad:……………………%

OBSERVACIONES:

2/2

**RECURSOS QUE NECESITO:** Describa brevemente las necesidades de apoyo/asesoramiento, así como las ayudas técnicas que requiere para el desarrollo de sus estudios/puesto de trabajo.

Fecha y Firma: