**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:     

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

**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***