**A cumplimentar por las personas con alguna discapacidad que vayan a realizar pruebas de acceso en la Universidad de Navarra y enviar a** inclusivos@unav.es

.

|  |
| --- |
| **SOLICITANTE** |
| **Apellidos** | **Nombre** | **DNI/Pasaporte** | **Edad** |
|  |  |  |  |
| **Localidad de residencia** | **Provincia/Estado** | **País** |
|  |  |  |
| **Email** | **Teléfono** | **Tipo Discapacidad** | **Grado %** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
| **Centro de enseñanza donde ha cursado 2º Bachillerato** | **Nombre Tutor/a** | **¿Tuvo adaptaciones?** |
|  |  | SI | NO |
| **En caso afirmativo indicar las adaptaciones** | **Email del tutor/a** |
|  |  |
|  |
|  |  |  |
| **ADAPTACIONES QUE SOLICITA PARA LAS PRUEBAS DE ADMISION** |
| Especificar adaptaciones |
|  |

**RELLENAR SOLO EN CASO DE QUE EL SOLICITANTE SEA MENOR DE EDAD**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre y Apellidos del padre/madre/tutor/tutora** | **Parentesco** | **DNI/Pasaporte** |
|  |  |  |
| **Provincia/Estado** | **País** | **Email** | **Teléfono** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **OBSERVACIONES** |
|  |

Fecha y firma:

**UNIDAD DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

Edificio Central

Universidad de Navarra

31009 Pamplona

Teléfono 948 42 56 00 Ext 802030

[inclusivos@unav.es](file:///C%3A%5CUsers%5Cmbuxens%5CDownloads%5Cinclusivos%40unav.es)