**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](mailto: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:\Users\mbuxens\Downloads\inclusivos@unav.es)