



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO EN CAYEY
205 AVENIDA ANTONIO R. BARCELÓ
CAYEY, PUERTO RICO 00736-9997

F-08-3.2-5

**COMITÉ INSTITUCIONAL DE ACOMODO RAZONABLE
(CIAR)**

**AUTORIZACIÓN AL C.I.A.R. PARA SOLICITAR
INFORMACIÓN MÉDICA ADICIONAL**

Yo, _____, empleado(a) de la Universidad de Puerto Rico en Cayey, autorizo al(la) Dr(a). _____ a proveer información médica adicional a la contenida en el Formulario de Certificación Médica al Comité Institucional de Acomodo Razonable (CIAR) de la Universidad de Puerto Rico en Cayey. Lo anterior, con el objetivo de que el C.I.A.R. posea toda la información necesaria para evaluar mi solicitud de acomodo y proceder con las recomendaciones pertinentes.

Fecha

Firma

SYP/17/WD