



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

SOLICITUD DE ACOMODO RAZONABLE PARA EMPLEADOS/AS DE LA UPR-CAYEY

Nombre: _____

Personal: Docente No Docente

Oficina a la que está adscrito/a: _____

Área en que trabaja: _____

Nombre de su supervisor/a: _____

Director/a: _____

Teléfonos donde se le pueda conseguir: _____

Fecha en que le fue diagnosticada la condición: _____

¿Cuál es el diagnóstico? _____

Describa la condición de salud que causa su limitación:

Describa cuál(es) es/son sus limitación(es):

Describa cómo esta limitación afecta la realización de sus funciones:

Opcional: ¿Qué tipo de acomodo razonable considera usted le permitiría continuar realizando las tareas de su puesto?

Documentos que deben acompañar la solicitud de acomodo razonable (marque los que corresponda):

- Autorización al Comité Institucional de Acomodo Razonable (CIAR) para utilizar la información.
- Formulario de Certificado Médico provisto por el CIAR.
- Resultados de los estudios médicos relacionados con la condición que motivan esta solicitud.
- Autorización al CIAR para Solicitar Información Médica Adicional.

Firma del Solicitante: _____

Fecha: _____