

SOLICITUD DE MEDIDAS DE APOYO PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES

D./D ^a		D.N.I.	
Dirección:		C.P.	
Población:		Provincia:	
Teléfono:	Email:		

En nombre propio

En representación de:

D./D ^a		D.N.I.	
Dirección:		C.P.	
Población:		Provincia:	
Teléfono:	Email:		

Enseñanza Oficial					Régimen Libre	Programa de Colaboración con IES		
Nivel:	A2	B1	B2	C1	Idioma:	Francés	Inglés	Italiano

Detallar el tipo de adaptación que se solicita para la realización de la prueba, indicando las partes de la misma que necesitan apoyo:

Será imprescindible aportar un certificado médico actualizado que justifique dicha situación.

Haro, a de de 20

Firma del alumno/a o persona que le represente

SRA. DIRECTORA DE LA ESCUELA OFICIAL DE IDIOMAS DE HARO