



SOLICITUD DE ADAPTACIÓN POR RAZÓN DE DIVERSIDAD FUNCIONAL

(CON DISCAPACIDAD ACREDITADA)

(Dirigida a la Dirección del Departamento)

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL / DE LA SOLICITANTE

Nombre y apellidos:..... DNI nº:

Dirección Electrónica: Teléfono de contacto:

Departamento:.....

Área de conocimiento:.....

Categoría profesional:.....

Dedicación:.....

SOLICITUD QUE SE REALIZA (adjuntar documentación)

COMPATIBILIDAD DE LA ACTIVIDAD DOCENTE

Periodo para el que se solicita:

Curso completo

1^{er} semestre

2^o semestre

Asignatura/s para la/s que se solicita compatibilidad:

.....

FLEXIBILIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD DOCENTE

Periodo para el que se solicita:

Curso completo

1^{er} semestre

2^o semestre

Asignatura/s para la/s que se solicita flexibilización:

.....

Málaga, de de 20.....

(firma del solicitante)