



SOLICITUD DE ADAPTACIÓN POR RAZÓN DE DIVERSIDAD FUNCIONAL  
(CON DISCAPACIDAD ACREDITADA) CURSO 2018/2019

(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 DOCENCIA

Periodo para el que se solicita:

Curso completo

1<sup>er</sup> semestre

2<sup>º</sup> semestre

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

.....

FLEXIBILIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD DOCENTE

Periodo para el que se solicita:

Curso completo

1<sup>er</sup> semestre

2<sup>º</sup> semestre

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

.....

Málaga, ..... de ..... de 20.....

(firma del solicitante)

A LA AT. DIRECTOR/A DEL DPTO. \_\_\_\_\_