



**DATOS PERSONALES**

Apellidos y Nombre							
DNI / Pasaporte							
Domicilio							
Localidad		Provincia		CP			
Dirección electrónica		Tfno. de contacto					

**DATOS DE LA PLAZA A LA QUE CONCURSA**

Plaza nº		Categoría	
Área de Conocimiento			

**EXPONE:**

Que tiene reconocida una discapacidad de grado _____
Que adjunta documento acreditativo del reconocimiento de discapacidad.

**SOLICITA las siguientes adaptaciones:**

A) Para el caso de que se realice prueba objetiva:
B) Para el caso de que se realice entrevista

.....a.....de..... de .....

SR. DIRECTOR/A DEPARTAMENTO DE \_.....\_.