

Yo, _____, autorizo al Coordinador de la Oficina de Servicios al Estudiante con Discapacidades de la Facultad de Derecho de la Universidad Interamericana de Puerto Rico a divulgar información relacionada con mi discapacidad a los profesores, personal administrativo y / o profesionales de quienes su cooperación es necesaria para obtener el acomodo requerido.

Certifico que el Coordinador de Servicios a Estudiantes con Discapacidades me ha orientado sobre el alcance de esta autorización y lo relevo de toda responsabilidad con esta autorización.

Esta autorización es válida hasta la consecución de mi meta académica.

Firma del Estudiante

Fecha

Firma del CSED

Fecha