

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

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

Firma del Estudiante

Fecha