



SOLICITUD DE ADMISIBILIDAD DE AJUSTES RAZONABLES PRUEBAS NACIONALES / EDUCACIÓN FORMAL

I. Datos del centro educativo

Nombre del centro educativo: Correo electrónico: Código PAI: Tel: Nombre de la persona directora:

II. Datos de la oficina de supervisión de centros educativos

Nombre de la persona supervisora de centros educativos: No. Circuito: Correo electrónico: Tel:

III. Datos de la dirección regional de educación

Nombre de la dirección regional de educación: Correo electrónico: Tel: Nombre de la persona directora regional de educación:

IV. Datos de la persona estudiante que requiere ajustes razonables

Nombre de la persona estudiante: Número de identificación:

V. Aspectos generales en torno a la condición de la persona estudiante (marque con X en la casilla correspondiente)

A. En caso de que la solicitud de ajustes razonables implique una condición de discapacidad, aunada a otras situaciones por las que se solicita su admisibilidad

Consigne la condición de discapacidad (si aplica) que le corresponde a la persona estudiante:

Table with 12 columns labeled CP-01 to CP-11 and empty rows for marking conditions.



B.

En caso de que la condición de la persona estudiante esté asociada a la atención brindada a la persona estudiante en el ámbito hospitalario, post hospitalario, convaleciente, recurrente a tratamiento, todos ellos en situaciones de salud física o mental

Consigne la condición (**si aplica**) que le corresponde a la persona estudiante:

Pedagogía Hospitalaria <i>(atendido en los servicios de pedagogía hospitalaria: Nacional de Niños-San Juan de Dios, Calderón Guardia, Salud Mental, San Vicente de Paul)</i>	
Hospitalización en hospitales que no cuentan con los servicios de Pedagogía Hospitalaria	
Convalecencia <i>(de acuerdo con el Lineamiento Técnico LT.GM.DDSS.230724. y a la circular DVM-AC-DDC-DEVA-0140-2022 y DVM-AC-DDC-DAEED-0256-2022.</i>	

C.

En caso de que la condición de la persona estudiante esté asociada a la atención que se brinda en el ámbito de competencias del Poder Judicial

Consigne la condición (**si aplica**) que le corresponde a la persona estudiante:

Protección a víctimas y testigos		Medidas cautelares	
---	--	---------------------------	--

Justificación *(argumente la situación presentada por la persona estudiante, la cual amerita atención en el contexto de ajustes razonables, según se consigne su condición en los apartados A, B y C)*



F.

Firmas

Nombre y firma de la persona directora del centro educativo

_____ SELLO

El(la) suscrito(a) _____ supervisor(a) de centros educativos, circuito ____ de la Dirección Regional de Educación _____, doy fe de que el centro educativo _____ ha brindado, desde la mediación pedagógica y la evaluación de los aprendizajes, el respectivo abordaje a la persona estudiante _____, identificación número _____ para que solicite ante la Dirección de Gestión y Evaluación de la Calidad (DGEC) los ajustes razonables que de conformidad con su condición demostrada, requiere para la realización de las pruebas nacionales.

Nombre y firma de la persona supervisora de centros educativos

_____ SELLO

Nota. Se sella la solicitud, en caso de que el formulario no contenga firma digital.