

**Anejo 1**



**SOLICITUD, CERTIFICACIÓN, RECOMENDACIÓN Y TRÁMITE  
 DE LA PETICIÓN DEL ASSESSMENT DE UBICACIÓN**

Solicitud:		Fecha:	
Región:	Municipio:	# SIE:	
Nombre del estudiante*:		Sexo:	
Fecha de nacimiento: mes ____/día ____/año _____		Seguro Social**:	
Lugar de nacimiento:			
Teléfono residencial:		Teléfono celular:	
Dirección postal:			
Dirección residencial:			
Si no está en una escuela, indique último grado aprobado:		Año:	
Escuela o Institución donde está matriculado:		Código de la escuela:	
Teléfono de la escuela:		Teléfono celular del director o consejero profesional:	
Grado que cursa actualmente:	Edad:	Pertenece al Programa de Educación Especial: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene alguna condición o impedimento y no pertenece al Programa de Educación Especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Requiere usted de algún tipo de acomodo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique (Favor de incluir certificación del especialista).			
Examen que solicita: <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/> Quinto <input type="checkbox"/> Sexto <input type="checkbox"/> Séptimo <input type="checkbox"/> Octavo			
¿Tomó el examen anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Dónde lo tomó?	Fecha en la que lo tomó: mes ____/día ____/año _____	

