**Solicitud para la Asesoría en Productos de Apoyo**

**(Funcionarios)**

**I. Información de la persona que requiere la asesoría**

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha en que se realiza la solicitud: |  |
| Nombre del funcionario: |  |
| Puesto que desempeña: |  |
| Números telefónicos: |  |  |
| Móvil | Oficina |
| Correo electrónico: |  |  |
| Personal | Oficina |
| Dirección exacta del lugar donde labora: |  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |
| Provincia | Cantón  | Distrito |
| Dirección exacta del lugar de residencia: |  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |
| Provincia | Cantón  | Distrito |
| Fecha en que se recibe la solicitud: |  |
| La solicitud se dirige a: | DAAT ( ) | Sede Coto( ) | Sede Liberia ( ) | Sede Limón( ) | Sede San Carlos( ) |
| Nombre de la persona que recibe la solicitud: |  |
| Vía por la que ingresa la solicitud: | Personalmente ( ) | Por fax ( ) | Por correo electrónico ( ) |

**II. Información sobre la solicitud de asesoría**

|  |  |
| --- | --- |
| Motivo de la solicitud: |  |
|  |
|  |
|  |
| Descripción de la condición de discapacidad de la persona solicitante: |  |
|  |
|  |
|  |
| Descripción de las funciones que desempeña en el puesto: |  |
|  |
|  |
|  |
| Productos de apoyo que ha empleado o emplea en la ejecución de las funciones que desempeña (en caso de que existan): |  |
|  |
|  |
|  |
| Descripción de las adaptaciones en el puesto de trabajo (en caso de que existan): |  |
|  |
|  |
|  |
| Firma del solicitante | VªBª Director institución educativa |
|  |  |