|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D A T O S P E R S O N A L E S** |  |  |  |  |  |
| Apellidos: |  | Nombre:  |  |  DNI : |  |
| Domicilio (Calle o Plaza): | Nº: | Piso: | Letra: |
| Localidad: | Provincia: |
| Código Postal: | Teléfono : | Correo electrónico: |

**E X P O N E**

1. Que en el curso actual se encuentra matriculado en la titulación de **MÁSTER UNIVERSITARIO EN INGENIERÍA** de la Universidad de León.

2. Que aporta la siguiente documentación que justifica tener dificultades para acceder de forma ordinaria a las instalaciones del centro: (**BORRAR LO QUE NO PROCEDA**)

* Informe médico o equivalente.
* Otros documentos (especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Que se compromete a no grabar ni difundir por ningún medio las actividades de aprendizaje en clase a las que pueda tener acceso por sistemas de videoconferencia.

**S O L I C I T A :**

Se le posibilite acceder a las mencionadas actividades de aprendizaje en clase transmitidas en directo por sistemas de videoconferencia.

León, a…… de …………………………… de 20\_

(firma)