



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO EN CAYEY
205 AVENIDA ANTONIO R. BARCELÓ
CAYEY, PUERTO RICO 00736-9997

**COMITÉ INSTITUCIONAL DE ACOMODO RAZONABLE
(CIAR)**

**AUTORIZACIÓN AL C.I.A.R. PARA UTILIZAR LA
INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD Y DOCUMENTOS
COMPLEMENTARIOS**

Yo, _____, empleado(a) de la Universidad de Puerto Rico en Cayey, autorizo al Comité Institucional de Acomodo Razonable de la Universidad de Puerto Rico en Cayey a evaluar y utilizar la información médica que les someta, con el objetivo de que tengan la información necesaria para evaluar mi solicitud y proceder con las recomendaciones pertinentes. Asimismo, autorizo a dicho Comité a compartir la información que obra en mi solicitud y documentos complementarios, incluyendo los de naturaleza médica, con otros funcionarios de la Universidad de Puerto Rico en Cayey que deban intervenir en el análisis de mi petición.

Fecha

Firma

SYP/17WD