

Por favor, rellene el siguiente formulario electrónicamente o con mayúsculas.

1. DATOS DEL CANDIDATO

Fecha de la solicitud:

Nombre(s):

Apellidos(s):

Convocatoria CCSE:

Número de inscripción:

2. MOTIVOS QUE SE EXPONEN Y DISPOSICIONES ESPECIALES SOLICITADAS

2.1 Discapacidad o dificultad: Visual Auditiva Motora Aprendizaje

Naturaleza: Permanente Transitoria

Documentación que aportado el candidato o su representante al centro de examen CCSE
(puede hacerse llegar de forma electrónica)

Certificado médico Otra documentación aportada

2.2 Imposibilidad de acudir al centro de examen por clausura o internamiento prolongado:

Tipo de centro: Religioso Sanitario

Lugar:

Responsable de contacto:

Documentación justificativa que aporta el candidato o su representante al centro de examen
CCSE (puede hacerse llegar de forma electrónica)

Comunicación del centro confirmando su Otra documentación justificativa
disponibilidad e idoneidad de un local para
realizar las pruebas.

Confirmación de que el centro cuenta con requisitos de idoneidad y seguridad para el correcto
desarrollo de las pruebas:

Dirección postal:

Código postal:

Localidad:

País:

Correo-e:

Teléfono:

2.3 Disposiciones especiales que se solicitan:

- Tiempo adicional: 33% de la duración de las pruebas
- Administración de la prueba en un lugar adaptado
- Apoyo de personal auxiliar para la cumplimentación de respuestas y lectura de la prueba de examen, si así se autoriza
- Utilización de audífono en caso de discapacidad auditiva parcial
- Utilización de lente especial o lupa en caso de discapacidad visual parcial
- Versión ampliada de las hojas de examen en formato papel (DIN A3)
- Prueba signada por ordenador
- Utilización de ordenador o máquina de escribir del candidato con procesamiento de textos adaptado (incluida encriptación en braille)
- Utilización de ordenador del centro de examen

- Otros:

Vº Bº CdEx

Espacio reservado para el centro de examen CCSE

En cumplimiento con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que sus datos personales serán tratados y quedarán incorporados al fichero denominado «Gestión Académica» del que es responsable el Instituto Cervantes, registrado en la Agencia Española de Protección de Datos, con la finalidad de gestionar las pruebas de examen del Instituto Cervantes. En todo caso, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a los datos dirigiendo su solicitud por correo electrónico a la dirección lopd@cervantes.es, por correo postal al Instituto Cervantes (C/Alcalá, 49. Madrid 28014) o presencialmente ante el Registro del Instituto Cervantes en Madrid en la dirección indicada.

3. VISTO BUENO DEL CENTRO DE EXAMEN CCSE

Centro de examen:

Localidad y país:

Responsable:

Vista la solicitud cursada por el candidato de referencia,

declaro que la copia del informe médico o documentación justificativa que presenta el candidato es veraz y permanece en el centro de examen en custodia, como documentación confidencial.

declaro que el centro de examen al cual represento cuenta con los recursos necesarios para atender las peticiones solicitadas por el candidato, validadas en la columna de la derecha.

Nombre y cargo del responsable del centro de examen CCSE:

En _____, de _____ de _____

El responsable del centro de examen CCSE remitirá esta solicitud al Departamento de Certificación y Acreditación del Instituto Cervantes (sic.necesidades@cervantes.es)

Espacio reservado para el centro de examen CCSE