



Rev. septiembre 2015

## Acomodo Razonable

### *Información Personal y Confidencial*

Autorizo a que se discuta mi situación médica y laboral con los profesionales y miembros del equipo de trabajo necesario, para ayudarme con relación a mi solicitud de acomodo razonable.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Puesto

\_\_\_\_\_  
Oficina

\_\_\_\_\_  
Fecha

