



# SOL·LICITUD

**Sol·licitud per examinar-se amb criteris específics de Dislèxia i/o altres trastorns de lectura i escriptura, TDA/TDAH i altres trastorns o examinar-se al Tribunal Especial**

Nom i cognoms del/de la coordinador/a de Cicles Formatius o del/de la cap d'estudis:

Nom del centre:

Adreça:

Municipi:

## Dades de l'estudiant

---

Nom i cognoms:

DNI/NIE/Passaport:

Any acadèmic en què cursa segon de CFGS:

## Sol·licito

---

Que l'estudiant sigui admès/admesa a un dels següents supòsits:

Criteris específics per alumnes amb NESE (Dislèxia i/o altres trastorns de lectura i escriptura)

Criteris específics per alumnes amb NESE (TDA/TDAH i/o altres trastorns)

Tribunal especial (discapacitat del 33% o més, **i només en el cas de necessitats especials per fer les proves**)

---

Data

Signatura del/de la director/a