



Universidad de Valladolid

CURSO 2019_2020

(Registro)

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE ESTUDIANTE A TIEMPO PARCIAL

D. _____ con N.I.F. _____ .
Domiciliado en _____ Calle _____ N° _____ Piso _____ Código postal _____ .
Provincia _____ Teléfono fijo: _____ Móvil: _____ .
correo electrónico: _____ @ _____ .

EXPONE: Que cursa los estudios de: _____ en la
Facultad/Escuela de _____ de la Universidad de Valladolid
y pudiendo acreditar:

- Desarrollar una actividad laboral durante al menos un cuatrimestre del curso académico que vaya a iniciar, cuya acreditación se realizará a través del documento de alta en la Seguridad Social o Equivalente.
- Tener a su cargo el cuidado de un familiar hasta el segundo grado de parentesco por cosanguinidad o afinidad.
- Ser deportista de alto nivel, alto rendimiento o alto nivel universitario.
- Estar afectado por un grado de discapacidad física, sensorial o psíquica, reconocido por la autoridad competente, igual o superior al 33% o ser estudiante con necesidades educativas especiales. El tipo y grado de discapacidad deberá ser determinante la necesidad de cursar los estudios a tiempo parcial.
- Encontrarse en otras situaciones extraordinarias que el órgano competente para resolver valore como determinantes para ser incorporado en la situación de dedicación al estudio a tiempo parcial.

Solicita: el reconocimiento para el curso académico 2019/2020 de la condición de estudiante a tiempo parcial, de acuerdo con lo regulado en el Título III del Reglamento de Ordenación Académica de la Universidad de Valladolid.

Información básica sobre protección de datos: La recogida de datos en este impreso se realiza para fines relacionados con la gestión académica y administrativa del expediente académico del o de la estudiante. El responsable, Universidad de Valladolid, únicamente cederá datos para finalidades relacionadas con esta gestión y en el marco definido por sus competencias en la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. Asimismo garantiza sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación u oposición al tratamiento a través de las garantías y procedimientos con el soporte de un delegado.proteccion.datos@uva.es . Para conocer la información detallada sobre como tratamos tus datos visita la página web: www.uva.es/protecciondedatos#informacionAdicional

_____, a _____ de _____ de _____

(Firma del interesado)

DOCUMENTOS QUE APORTA:

Sr./Sra. Decano/a / Director/a del Centro: _____