**MODELO CARTA AVAL**

**Insertar el logotipo de la institución que avala la candidatura o utilizar el membrete oficial de la institución.**

Ciudad, País. Fecha.

Estimado/a Coordinador/a de la actividad:

La/el……………………..(*Institución)*……… se complace en extender su aval a la solicitud del Sr./Sra …………… para participar en **“*UNIVERSIDAD Y DISCAPACIDAD VISUAL: HACIA CARRERAS SIN OBSTÁCULOS AÑADIDOS*”,** a realizarse del 2 al 6 de Octubre de 2017.

Su participación en esta actividad nos compromete a multiplicar y aplicar en nuestra institución o instituciones con las que colaboramos, los conocimientos adquiridos en este evento, además de….. **(*Indicar, de forma breve ¿Cómo puede ayudar la participación del avalado a su institución? , otros fines y/o utilidades que la formación recibida por el candidato supondrá para la institución y el grado de c*ompromiso para dar seguimiento a los acuerdos establecidos en la actividad).**

El Sr./Sra……… es ………… (*Cargo, funciones y otros elementos que desee destacar*) ………

Y para que se dispongan de los elementos técnicos y logicos requeridos para su acceso pleno a esta acción formativa se informa que... (Si ó No).... cuenta con discapacidad.

Requiriendo:

* Accesibilidad física (Sí o No y expecificar tipo de movilidad)
* Posición preferencial en el aula por motivo sensoriales, auditivos o visuales (Si o No especificar).
* Materiales en formato (Braille, tinta ampliada – Nº Letra/Color)

Intérprete de lengua de sellas o dactilológico (Si o No).

………….(*despedida*)

………… (*firma del representante y sello de la institución)*

Nombre Completo del Representante

Cargo

Institución

N° Teléfono (código + número) de la institución y/o correo electrónico