İZMİR TINAZTEPE ÜNİVERSİTESİ

**ENGELSİZ BİRİM**

**UYARLAMA MEKTUBU**

|  |
| --- |
| **……/ ….. /20…**  **……………………….. BÖLÜM/PROGRAM/ BAŞKANLIĞI’NA,** |
| |  |  | | --- | --- | | Öğrencinin Adı Soyadı |  | | Öğrenci Numarası |  | | Öğrenci T.C. Kimlik Numarası |  | | Enstitü/Fakülte/Yüksekokul |  | | Bölüm/Program |  | | Engel Durumu |  | | E - Posta Adresi |  | | Cep Telefonu  Ev Telefonu |  |   Yukarıda kimlik ve engel durumu belirtilen öğrencinin, ekte bulunan sağlık raporu ve Psikolojik Danışma Birimi’nin görüşü dikkate alınarak “Engelli Öğrenciler Eğitim-Öğretim ve Sınav Uygulama Usul ve Esasları” çerçevesinde, öğrenciye gerekli makul uyarlamanın yapılması hususu Engelli Öğrenci Birimi’nin ………. tarih ve ….. numaralı toplantısında karara bağlanmıştır. Söz konusu nedenle, öğrenci hakkında gerekli eğitim öğretim ve sınav uyarlamasının yapılması hususunu bilgilerinize rica ederiz.    Prof. Dr. Esra ÖZER  Rektör Yardımcısı |

EKLER:

Ek 1: Öğrencinin talep dilekçesi

Ek 2: Güncel engelli sağlık kurulu raporu

Ek 3: Psikolojik danışma ve rehberlik birimi görüş raporu