İZMİR TINAZTEPE ÜNİVERSİTESİ

**ENGELSİZ BİRİM**

**UYARLAMA DEĞERLENDİRME VE ÖNERİ FORMU**

|  |
| --- |
|  **……/ ….. /20…****İZMİR TINAZTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ’NE,** |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  Öğrencinin Adı Soyadı |  |
|  Öğrenci Numarası |  |
|  Öğrenci T.C. Kimlik Numarası |  |
|  Enstitü/Fakülte/Yüksekokul |  |
|  Bölüm/Program |  |
|  Engel Durumu |  |
| E – Posta Adresi |  |
| Cep TelefonuEv Telefonu |  |

  Kimlik bilgileri, kayıtlı olduğu program ve ekte sunduğu güncel sağlık raporu dikkate alınarak, ilgili öğrenciye, aşağıdaki gerekçeler doğrultusunda, uyarlama belgesi verilmesinin değerlendirilmesi hususunu arz ederim.Uyarlamaya Esas GerekçelerTıbbi Tespit:Psikolojik Tespit:Uyarlama Önerileri: Psikolojik Danışma ve Rehberlik Birimi  |