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 Telefonu  Ev 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 Gerekçeler  Tıbbi Tespit:  Psikolojik Tespit:  Uyarlama Önerileri:  Psikolojik Danışma ve Rehberlik Birimi |