İZMİR TINAZTEPE ÜNİVERSİTESİ

**ENGELSİZ BİRİM**

**UYARLAMA TALEP FORMU**

|  |
| --- |
| **……/ ….. /20…**  **İzmir Tınaztepe Üniversitesi 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 bilgilerim, kayıtlı olduğum program ve ekte sunduğum güncel sağlık raporu dikkate alınarak, uyarlama belgesinin düzenlenerek ilgili akademik birime gönderilmesi ve bir adet de tarafıma verilmesi hususunu arz ederim.  Adı Soyadı:  İmza: |

EK: Güncel engelli sağlık kurulu raporu