

**T.C.**

**YAŞAR ÜNİVERSİTESİ**

**ENGELLİ ÖĞRENCİ BİRİMİ**

**MAKUL UYARLAMA TALEP FORMU**

|  |
| --- |
| **……/ ….. /20…**  **YAŞAR 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 bilgilerim, kayıtlı olduğum program ve ekte sunduğum güncel sağlık raporu dikkate alınarak, makul 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