

**…………………………………………BÖLÜM/ANA BİLİM DALI BAŞKANLIĞINA**

…………Üniversiteniz………………………….…………………………..Enstitü/Fakülte/MeslekYüksekokulu/ Yüksekokul……………………………………………………………....Programı………................. TC kimlik numaralı öğrencisiyim. Görme engelli öğrenci olduğuma ilişkin rapor ve bilgiler Engelli Öğrenci Biriminde bulunmaktadır. 2020-2021 Eğitim Öğretim Yılı Bahar Yarıyılında Uzaktan Eğitim Sistemi Üzerinden yapılacak olan sınavlarda görme engelli olduğum için gerekli düzenlemelerin (Sınav Süresi vb) yapılmasını arz ederim…./04/2021

İmza

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adınız-Soyadınız |  |  |  |
| Öğrenci Numaranız |  |  |  |
| Fakülteniz |  |  |  |
| Bölümünüz/Sınıfınız |  |  |  |
| Danışmanınız |  |  |  |
| Cep Telefonu No |  |  |  |
| E-Posta Adresiniz |  |  |  |
| 2020-2021 Eğitim Öğretim Yılı Kayıtlı  Olduğunuz Dersler | Ders Kodu | Ders Adı | Öğretim Üyesi |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Bu form siz öğrencilerimize destek olabilmek, iyileştirmeler yapabilmek ve sorunlarınıza çözüm sunmak amacıyla düzenlenmiştir. Verdiğiniz tüm bilgiler gizli tutulup yetkililer haricinde hiç kimseyle paylaşılmayacaktır.