

**…………………………………………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. 2024-2025 Eğitim Öğretim Yılı Bahar Yarıyılında Uzaktan Eğitim Sistemi Üzerinden yapılacak olan sınavlarda görme engelli olduğum için gerekli düzenlemelerin (Sınav Süresi vb) yapılmasını arz ederim…./…/2025

 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.