• Sayın Hastamız lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz.

Engelli haklarından faydalanmak üzere talep edilen sağlık kurulu rapor ücreti, erişkin raporlarında engel oranı verilmemesi, çocuk raporlarında özel gereksinim olmadığına karar verilmesi halinde tarafınızca ödenecektir.

Engelli sağlık kurulu raporunda engel oranına veya özel gereksinim olmadığına karar verilmesi halinde sağlık kurulu raporundan kaynaklanan giderlerin tarafımca ödeneceğini kabul ediyorum.

Tarih:...../...../.....

RAPOR TALEP EDENİN:

Adı-Soyadı: .....

İmza:.....

İLGİLİNİN VELİSİ/ YASAL VASİSİNİN:

Adı-Soyadı: .....

İmza:.....

- **İlgilinin reşit olmaması halinde imzalanacaktır.**

FORMU İMZALATAN YETKİLİNİN:

Adı-Soyadı: .....

İmza:.....**.**

Unvanı: .....