|  |  |
| --- | --- |
| **Hizmet Talep Formu** | |
| **Giresun Üniversitesi Engelsiz Üniversite Birimi Hizmet Başvuru Formu** | |
| **Demografik Bilgiler** | |
| Adı Soyadı: | |
| Öğrenci Numarası: | |
| Bölüm: | |
| Sınıfı: | |
| E-posta Adresi: | |
| Telefon Numarası: | |
| **Yetersizlik Türü ( Belgelendirebileceğiniz yetersizlik türlerinin hepsini işaretleyebilirsiniz)** | |
| Görme Yetersizliği |  |
| İşitme Yetersizliği |  |
| Dil/ Konuşma Bozukluğu |  |
| Öğrenme Güçlüğü |  |
| Bedensel/Fiziksel Yetersizlik |  |
| Süreğen Hastalıklar |  |
| Otizm |  |
| Diğer (lütfen belirtiniz): |  |
| **Uygun görüldüğü takdirde, hangi uyarlamalardan faydalanmayı talep ediyorsunuz?** | |
| Sınıfta Ses Kaydı Yapılması |  |
| Braille Sınav Materyali |  |
| Büyük Puntolu Sınav Materyali |  |
| Ders Partneri ( Aynı sınıfta eğitim gören öğrenci/öğrenciler) |  |
| Akademik Partner ( Aynı sınıfta/üst sınıfta eğitim gören öğrenci/öğrenciler) |  |
| Sınıf İçinde Kullanılan Görselin/Tahtanın Fotoğrafının Çekilmesi |  |
| Sınav için Yazıcı/Okuyucu |  |
| Sınav için Süre Artırımı ( %\_\_) |  |
| Diğer hizmetler (lütfen açıklayınız) |  |
| Uyarlama Almak İstediği Dönem:  Akademik Yıl: | |
| Yetersizliğinizin, eğitim aldığınız ortamda nasıl kısıtlamalara yol açtığını belirtiniz: | |
| Bu formda belirttiğim bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. Talep ettiğim uyarlamalar için engel durumum ile ilgili resmi belgelendirme ( sağlık raporu) yapmam gerektiğini anladım. Makul uyarlamaların, engelli danışma birimi tarafından ayrıntılı olarak incelenip, ilgili bölüme/anabilim dalına iletilmesi sonrasında belirleneceğini kabul ediyorum. | |
| **Ad-Soyad**  **Tarih**  **İmza** | |