|  |
| --- |
| **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** |