



Sosyal Hizmetler Şube Müdürlüğü
Engelli Öğrenci Birimi
Hizmet Talep Formu

Doküman No:	SKS.FR.0032
Yayın Tarihi:	01.03.2023
Revizyon Tarihi:	
Revizyon No:	
Sayfa:	1/1

Gazi Engelli Öğrenciler Danışma Birimi Hizmet Başvuru Formu

Demografik Bilgiler

Adı Soyadı:	Öğrenci Numarası:
Bölüm:	Sınıfı:
E-posta Adresi:	
Telefon Numarası:	

Yetersizlik Türü (Belgelendirebileceğiniz yetersizlik türlerinin hepsini işaretleyebilirsiniz- niz)

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)	
Sınıf İçinde Kullanılan Görselin/Tahtanın Fotoğrafının Çe- kilmesi	
Sınav için Yazıcı/Okuyucu Sınav için Süre Arttırımı (%)	

Uyarılama Almak İstedığı Dönem: Güz _
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 uyar- lamaların, engelli danışma birimi tarafından ayrıntılı olarak incelenip, ilgili bölüme/anabilim dalına iletilmesi sonrasında belirleneceğini kabul ediyorum.

İmza: _____ Tarih _____

KONTROL EKİBİ

...../...../.....

İMZA

UYGUNDUR

...../...../.....

İMZA



Sosyal Hizmetler Şube Müdürlüğü
Engelli Öğrenci Birimi
Hizmet Talep Formu

Doküman No:	SKS.FR.0032
Yayın Tarihi:	01.03.2023
Revizyon Tarihi:	
Revizyon No:	
Sayfa:	1/1

KONTROL EKİBİ

...../...../.....

İMZA

UYGUNDUR

...../...../.....

İMZA