**Hizmet Talep Formu**

|  |  |
| --- | --- |
| **NÖHÜ Engelli Öğrenci Birimi Hizmet Talep Formu** | |
| **Demografik Bilgiler** | |
| Adı Soyadı: | Öğrenci No: |
| Bölüm: | Sınıf: |
| 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) |  |
| Sınıf İçinde Kullanılan Görselin/Tahtanın Fotoğrafının Çekilmesi |  |
| Sınav için Yazıcı/Okuyucu Sınav için Süre Arttırımı  ( %\_\_) |  |
| Uyarlama Almak İstediği 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 uyarlamaların, engelli danışma birimi tarafından ayrıntılı olarak incelenip, ilgili bölüme/anabilim dalına iletilmesi sonrasında belirleneceğini kabul ediyorum. | |
| **İmza: Tarih:** | |