

ENGELSİZ ALKÜ PERSONEL BAŞVURU FORMU

Bu form dahilinde sizden istenen bilgiler, engelli personelimize gerekli danışma ve destek hizmetlerinin sağlanabilmesi ve personelimizin kampüs alanında yaşadığı zorluklara ve kişisel sorunlara yönelik çözüm arayışı amacıyla istenmektedir. Vereceğiniz bilgiler bu amaç dışında başka bir amaçla ve yazılı izniniz olmadan kesinlikle kullanılmayacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı :
Doğum Tarihi :
Doğum Yeri :
Cinsiyeti :

KURUM BİLGİLERİ

Görev Yeri :
Görev Ünvanı :
Kurum Sicil Numarası :
Göreve Başlama Tarihi :
Eğitim Durumu: :

ENGEL DURUMU

Engel durumunuz nedir işaretleyiniz:

- Görme kaybı
- İşitme kaybı
- Fiziksel engel
- Öğrenme güçlüğü
- Kronik hastalık
- Dikkat eksikliği
- Konuşma problemi

ENGELSİZ ALKÜ PERSONEL BAŞVURU FORMU

Duygusal Davranışsal Bozukluk

Otizm/Asperger Sendromu

Diğer:.....

Engelinize ait kısa açıklama :

Engel Yüzdesi (Oranı) :

Sağlık Raporu : Var Yok

Sağlık kurulu raporunuz varsa yükleyiniz.

Üniversitemizde idari/akademik ve sosyal yaşamınızın kolaylaştırılması adına düzenleme yapılmasını talep ettiğiniz alanlar varsa işaretleyiniz:

Açık alan düzenlemeleri (Kaldırım, rampa, park yerleri, yer çizgileri, yaya geçidi vb.)

Binalara Erişim

Sağlık Hizmetleri

Psikolojik Destek

İletişim Desteği

Yardımcı teknolojiler ve materyaller (ekran okuma yazılımları, Braille yazıcılar, ekran büyütme programları, uyarlanmış bilgisayarlar, sesli okuma sistemleri vb.)

Diğer:.....

Yetersizliğinizin görev yaptığınız ortamda nasıl kısıtlamalara yol açtığını belirtiniz:

.....

İLETİŞİM BİLGİLERİ

İkamet adresi :

Telefon numarası :

E – Posta Adresi :