

**Engelsiz BİLGİ Birimi Öğrenci Başvuru Formu**

**Bilgi Accessible Education Unit Student Application Form**

Ad- Soyadı/ Name, surname :

Öğrenci No/ID Number :

Fakülte veya Yüksek Okul/Faculty or Schools :

Yüksek Lisans/Doktora/Graduate Schools/Doctoral Programs :

Bölüm, sınıf/Department, Level :

Telefon No ve E-posta Adresi/Mobile, e-mail :

**Engel Türü/Type of Disability**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Görme/Visual impairment   | <input type="checkbox"/> İşitme/Hearing disability                                    |
| <input type="checkbox"/> Fiziksel/Physical disability  | <input type="checkbox"/> Dil ve Konuşma Bozukluğu/Speech disorders                    |
| <input type="checkbox"/> Dikkat Eksikliği (Hiperaktivite) /ADD   | <input type="checkbox"/> Psikolojik/Psychological disorders                           |
| <input type="checkbox"/> Zihinsel/Mental disorders   | <input type="checkbox"/> Öğrenme Güçlüğü/Dislexia and ADHD                            |
| <input type="checkbox"/> Kronik hastalıklar/Chronic fatigue  | <input type="checkbox"/> Asperger Sendromu veya otizm / Asperger's Syndrome or autism |
| <input type="checkbox"/> Geçici yetersizlikler/A temporary disability (kırık, geçici ilaç kullanımı vs.) : ..... |   |
| <input type="checkbox"/> Diğer engel durumu lütfen açıklayınız / Other disabilities – pls.explain : .....        |   |

**Üniversitedeki eğitim yaşantınızın olumsuz etkilenmemesi için uygun görülürse çözüm beklediğiniz konular/ Supports that you expect to make your life easier during your university education**

- Sınavlarda/ödev veya projelerde ek süre(% ...)/Additional time for exam or project
- Sınavlarda ayrı sınav sınıfı ve gözetmen /okutman/not tutucu/Examinations in a separate room with room supervisor.
- Sınıfta ses kaydı/ Recording of the course
- Sözlü sınav / Oral examinations
- Büyük baskı materyaller/ Enlarged materials
- Braille materyalleri/Braille materials
- Diğer/Other

**Destek alınmak istenen dönem /Term that you request for support**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Güz /Fall Semester    | <input type="checkbox"/> Yaz Okulu/Summer School    |
| <input type="checkbox"/> Bahar/Spring Semester | <input type="checkbox"/> Akademik Yıl/Academic Year |

Değerlendirmemiz gerektiğini düşündüğünüz eklemek istediğiniz başka bilgi varsa aşağıda belirtiniz/ Please add below, other informations you think we need to evaluate

İmza:/Signature

Tarih/Date