



ENGELLİ ÖĞRENCİ HİZMETİ TALEP FORMU

Doküman no	Şabanözü MYO -FR-91
Yayın Tarihi	-
Revizyon Tarihi	-
Revizyon No	Versiyon 0
Sayfa	1/1

Talep Tarihi/Saat	
--------------------------	--

Hizmet Talep Türü							
<input type="checkbox"/>	Altyazı ve Sesli Betimleme	<input type="checkbox"/>	İşaret Dili Tercümanı	<input type="checkbox"/>	Akademik Destek	<input type="checkbox"/>	Ders Partnerliği/Refakat Personel
<input type="checkbox"/>	Diğer (açıklayınız)						

Başvuru Sahibinin								
T.C. Kimlik No								imza
Adı Soyadı								
E-Posta Adresi								
Cep Telefonu								
Engel Durumu								
Kullanılan ekipman (işitme cihazı, baston vb.)								
Paydaşlık Durumu	<input type="checkbox"/>	Öğrenci	<input type="checkbox"/>	Personel	<input type="checkbox"/>	Diğer		
İletişim Adresi (Ev/İş)								

Cevabı Nasıl Almak İstersiniz?							
<input type="checkbox"/>	E-Posta	<input type="checkbox"/>	Telefon	<input type="checkbox"/>	Yüz yüze Görüşme	<input type="checkbox"/>	Posta
<input type="checkbox"/>	Diğer (açıklayınız)						

Bu formun amacı sunduğumuz durumunuza en uygun hizmetin sağlanmasıdır. Lütfen size en iyi hizmeti sunabilmemiz için formun doğru bilgilerle ve etkinlikten en az 15 gün önce doldurulması gerekmektedir. Sizinle iletişime geçebilmemiz için lütfen bilgilerinizi eksiksiz ve doğru doldurunuz. Bilgilerini sadece size bilgi vermek amacıyla kullanılır.

Hizmet Sunulacak Faaliyet Bilgisi	
Faaliyet	
Tarih/Süre	
Yer	
İrtibat Kişisi	
Telefon No	
İletişim Adresi (Ev/İş)	

Açıklama (İhtiyaç halinde)