

Sağlık Durumu / Engel Bilgi Formu

YEREL YÖNETİMLER PERSONELİ GÖREVDE YÜKSELME VE UNVAN DEĞİŞİKLİĞİ SINAVI (***)

Aday Bilgileri			
T.C. Kimlik / YU No.	<input type="text"/>	Tarih	
Adı Soyadı		İmza	
Bu formdaki bilgilerin doğruluğunu ve yapılan değerlendirme neticesinde yetkililerce uygun görülen şekilde sınava girmeyi kabul ediyorum.			

Engel/Sağlık Durumuna İlişkin Bilgiler

Sürekli/Geçici Engel veya Sağlık Problemi			
<input type="checkbox"/>	Tüm Vücut Fonksiyon Kaybı	<input type="checkbox"/>	Ürogenital Sistem
<input type="checkbox"/>	Ortopedik / Kas İskelet Sistemi	<input type="checkbox"/>	Özgül / Özel Öğrenme Güçlüğü
<input type="checkbox"/>	Görme	<input type="checkbox"/>	Onkolojik Hastalıklar
<input type="checkbox"/>	Destekle Yürüyor	<input type="checkbox"/>	Otizm
<input type="checkbox"/>	CP Hastası	<input type="checkbox"/>	Obezite
<input type="checkbox"/>	Zihinsel, Ruhsal, Davranış Bozuklukları	<input type="checkbox"/>	Hamile
<input type="checkbox"/>	Yaygın Gelişimsel Bozukluk	<input type="checkbox"/>	Diğer:

Sınav Uygulamasına İlişkin Bilgiler

Soru Kitapçığı Okuma Durumu	Cevap Kâğıdı İşaretleme Durumu	Sınav Salonu Tercihi
<input type="checkbox"/> Okuyucu talep ediyorum.	<input type="checkbox"/> İşaretleme yapabilirim.	<input type="checkbox"/> Toplu salonda sınava girmek istiyorum.
<input type="checkbox"/> Büyük puntolu kitapçık talep ediyorum.	<input type="checkbox"/> İşaretleme talep ediyorum.	<input type="checkbox"/> Tek başıma, ayrı salonda sınava girmek istiyorum.
<input type="checkbox"/> Normal boyutta kitapçık talep ediyorum.		
	Sınav Salonuna Erişim Durumu	
	<input type="checkbox"/> Merdiven çıkabilirim.	
	<input type="checkbox"/> Merdiven çıkamam.	
	<input type="checkbox"/> Tekerlekli sandalye kullanıyorum.	

Özel Araç/Gereç Kullanma Talebi

<input type="checkbox"/> Yürüteç	<input type="checkbox"/> Enjektör / Şırınga	<input type="checkbox"/> İlaç
<input type="checkbox"/> Baston, Koltuk Değneği	<input type="checkbox"/> Şeker Ölçüm Cihazı	<input type="checkbox"/> İnsülin İğnesi / Kalem / Pompası
<input type="checkbox"/> İnsülin Pompası	<input type="checkbox"/> Diren, Kateter	<input type="checkbox"/> Göz Damlası
<input type="checkbox"/> İşitme Cihazı	<input type="checkbox"/> Boyunluk	<input type="checkbox"/> Sonda
<input type="checkbox"/> Protez	<input type="checkbox"/> Maske	<input type="checkbox"/> Oturma Simidi
<input type="checkbox"/> Elektronik Büyüteç	<input type="checkbox"/> Dizlik	<input type="checkbox"/> Destek Malzemesi (Yükseltici Materyal)
<input type="checkbox"/> Kalp Pili	<input type="checkbox"/> Hasta Bezi	<input type="checkbox"/> Eldiven / Havlu / Peçete / Bez
<input type="checkbox"/> Kâğıt Torba	<input type="checkbox"/> Korse	<input type="checkbox"/> Astım İlacı / Spreyi / Pompası
<input type="checkbox"/> Ek Gıda (Paketli)	<input type="checkbox"/> Bandaj / Sargı	<input type="checkbox"/> Diğer (Dilekçede açıklanmalıdır)