**OSTİM TEKNİK ÜNİVERSİTESİ**

**AKADEMİK UYARLAMA HİZMETİ**

Akademik Uyarlama Hizmeti başvuru formu, akademik uyarlamaları içeren engelli öğrencilerin gereksinimlerine göre ders ve sınav uygulamalarını belirtebilecekleri bir formdur.

Öğrenci üniversiteye kayıt yaptırdıktan sonra Akademik Uyarlama Hizmeti alabilmek için Akademik Uyarlama Hizmeti Başvuru Formunu doldurup, raporuyla birlikte Engelli Öğrenci Birimi’ne başvurmalıdır.

Her eğitim öğretim dönemi başında talep ettiği uyarlamalar için başvurusunu güncellemelidir.

Öğrenci formu imzaladıktan sonra aslını Ostim Teknik Üniversitesi Engelli Öğrenciler Danışma Ve Koordinasyon Birimine teslim eder. Öğrenci isterse formun imzalı bir kopyasını alabilir.

Engelli Öğrenci Birimi tarafından hizmet başvurusu incelenip, öğrencinin talep ettiği uyarlamalar öğrencinin eğitim ihtiyaçları ve üniversitenin imkânları çerçevesinde mümkün olduğunca engel türü ve engel derecesi göz önünde bulundurularak belirlenir.

Engelli Öğrenci Birimi tarafından uygun görülen uyarlamalar belirlendikten sonra öğrencinin uyarlama talep ettiği her bir ders için ayrı ayrı Akademik Uyarlama Mektubu Hazırlanır.

**Ostim Teknik Üniversitesi Engelsiz Öğrenci Birimi**

**OSTİM TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
ENGELSİZ ÖĞRENCİ BİRİMİ**

**Engelli Öğrenci Akademik Uyarlama Hizmeti Başvuru Formu**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adınız– Soyadınız** |  |
| **Öğrenci Numaranız** |  |
| **E-Posta Adresiniz** |  |
| **Telefon Numaranız** |  |
| **Eğitim Öğretim Yılı** |  |
| **Uyarlama Talep Ettiğiniz Eğitim Öğretim Dönemi** | Güz ( )Bahar ( ) |
| **Öğrenim Gördüğünüz Fakülte/Yüksekokul/Enstitü** |  |
| **Bölümünüz** |  |
| **Sınıfınız** |  |
| **Acil durumda ulaşılacak kişinin****Adı-Soyadı / Yakınlık Durumu** |  |
| **Acil Durumda Aranacak Kişinin Telefon Numarası** |  |
| **ENGEL DURUMUNUZ İLE İLGİLİ BİLGİLER** |
| **Engel Türü****(Birden Fazla İse İşaretleyiniz)** | Görme Engeli | ( ) |
| İşitme Engeli | ( ) |
| Dil Ve Konuşma Engeli | ( ) |
| Ortopedik (Fiziksel) Engel |  |
| Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu | ( ) |
| Zihinsel Yetersizlik | ( ) |
| Öğrenme Güçlüğü | ( ) |
| Kronik/Süreğen Hastalıklar | ( ) |
| Ruhsal ve Duygusal | ( ) |
| Dİğer | ( ) |
| **Engel Durumunuz** | GeçiciKalıcı |  ( ) ( ) |
| **Engel Durumunuzu Belirten Sağlık Kurulu Raporunuz Var mı?(Uyarlama talebinde rapor beyan edilmelidir)** | Var Yok |  ( ) ( ) |
| **Engel Oranınız(Birden fazla engel türüne sahipseniz lütfen seçmiş olduğunuz engel oranlarının hangi engel türüne ait olduğunu "Diğer" yazılı seçeneğini seçerek yazınız.)** | %39 ve altı%40-49%50-79% 80 ve üstüDiğer |  ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| **Kullandığınız ilaçlar var mı?** | VarYok |  ( ) ( ) |
| **Varsa Yan Etkilerini Yazınız** |  |
| **Kullandığınız bir cihaz veya araç var mı? Varsa Yazınız.** |  |
| **Engel Durumunuz eğitim aldığınız ortamda nasıl kısıtlamalara yol açıyor? Belirtiniz.** |  |
| **UYARLAMALARUygun görüldüğü takdirde, talep ettiğiniz uyarlamalar/ihtiyaçlar nelerdir?** |
| **Ders Uyarlamaları** | Sınıfta Ses Kaydı Yapılması | ( ) |
| Derste Kullanılan Görselin/Tahtanın Fotoğrafının Çekilmesi | ( ) |
| Sınıf Değişikliği/Sınıf İçinde Oturma Tercihi | ( ) |
| Öğrencinin ders sırasında mola vermesine imkân sağlanması | ( ) |
| Ders sırasında dizüstü bilgisayar kullanmaya izin verilmesi | ( ) |
| Yüksekliği ayarlanabilen masa/sandalye | ( ) |
| Sınıf içi çalışmalarda/etkinliklerde ek süre | ( ) |
| Ders materyallerinin erişiminin sağlanması | ( ) |
| Ders Kitaplarının PDF Hali | ( ) |
| Büyük puntolu ders materyallerinin sunulması | ( ) |
| Derslerde yardımcı partner desteğinin sağlanması (Aynı sınıfta eğitim gören gönüllü öğrenci/öğrenciler) | ( ) |
| Kısmi Zamanlı Öğrenci Desteği | ( ) |
| Ödevlerin Bilgisayarda Yazılması | ( ) |
| Sınıfta İndiksiyon Döngü Sistemi | ( ) |
| Diğer | ( ) |
| **Sınav Uyarlamaları** | Sınav için yazıcı/okuyucu desteğinin sağlanması | ( ) |
| Sınav için ek süre desteğinin sağlanması | ( ) |
| Dikkati dağıtmayacak şekilde yapılandırılmış ayrı bir ortamda sınav yapılması | ( ) |
| Dilbilgisi veya yazım kuralları açısından esneklik | ( ) |
| Basılı/elektronik sınav kağıtlarında yazı puntosunu büyütme | ( ) |
| Yüksekliği ayarlanabilen masa/sandalye | ( ) |
| Yazılı sınav ve test sınavlarının bilgisayar aracılığıyla yapılması | ( ) |
| Sınav Evrakının Flash İle Getirilmesi (PC Kullanan Öğrenciler İçin) | ( ) |
| Braille Sınav Materyali | ( ) |
| Diğer | ( ) |
| **Lütfen uyarlama talebinde bulunduğunuz derslerle ilgili bilgileri yazınız.****(Bir ve birden fazla uyarlama talep edilen tüm dersler bu alana yazılmalı)** | 1.Ders Kodu1.Ders Adı1.Ders Öğretim Elemanı2.Ders Kodu2.Ders Adı2.Ders Öğretim Elemanı3.Ders Kodu3.Ders Adı3.Ders Öğretim Elemanı4.Ders Kodu4.Ders Adı4.Ders Öğretim Elemanı5.Ders Kodu5.Ders Adı5.Ders Öğretim Elemanı6.Ders Kodu6.Ders Adı6.Ders Öğretim Elemanı7.Ders Kodu7.Ders Adı7.Ders Öğretim Elemanı8.Ders Kodu8.Ders Adı8.Ders Öğretim Elemanı |
| **Not** | Akademik uyarlama talebi her eğitim ve öğretim dönemi başında yapılabilir (ödev ve sınav uyarlamalarına ilişkin talepler, gerekli uyarlamaların yapılabilmesi için sınav takvimi öncesinde iletilmelidir.) Akademik uyarlama gereksinimleriyle ilgili başvuru yapmak öğrencinin tercihine bağlıdır. |
| **Öğrenci Taahhütü** | 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. |

**\*Lütfen, bu formu imzalattıktan sonra, aslını Ostim Teknik Üniversitesi Engelsiz Öğrenci Birimine teslim edin. Öğrenci formun imzalı bir kopyasını alabilir.**

**Öğrencinin Adı-Soyadı: Engelsiz Öğrenci Birimi Sorumlusu:**

**Tarih: …/…/…… Tarih: …/…/……**

**İmza: İmza:**

**EÖB Sorumlusu Tarafından Uygun Görülmeyen Uyarlamalar Ve Nedeni:**

***Kişisel verileriniz 6698 sayılı KVKK kapsamında korunmaktadır.***