

<b>KİMLİK BİLGİLERİ</b>	<p>1. T.C. KİMLİK / Y.U. NUMARASI: <input type="text"/></p> <p>2. ADI: ..... 3. SOYADI: .....</p> <p>4. BABA ADI: ..... 5. ANNE ADI: .....</p> <p>6. DOĞUM TARİHİ: ..... / ..... / ..... 7. CİNSİYETİ: <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kız Gün Ay Yıl</p> <p>8. DOĞUM YERİ: ..... 9. NÜFUSA KAYITLI OLDUĞU İL/İLÇE: .....</p> <p>10. UYRUĞU: <input type="checkbox"/> T.C. <input type="checkbox"/> Mavi Kartlı <input type="checkbox"/> KKTC KKTC KİMLİK NUMARASI: <input type="text"/> Uyuğu KKTC olanlar dolduracaktır. <input type="checkbox"/> Yabancı Uyruklular <input type="checkbox"/> 2527 Sayılı Kanun Kapsamında Bulunanlar</p>
<b>İLETİŞİM BİLGİLERİ</b>	<p>11. YAZIŞMA ADRESİ : .....</p> <p>ADRES İLİ : ..... ADRES İLÇESİ: .....</p> <p>12. EV/İŞ TELEFON NO : <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Ulke Alan Kodu İl Alan Kodu Telefon Numarası</p> <p>CEP TELEFON NO : <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/></p> <p>13. E-POSTA ADRESİ : .....</p>
<b>EĞİTİM BİLGİLERİ</b>	<p>14. ORTAÖĞRETİM (LİSE) EĞİTİM BİLGİSİ: <input type="checkbox"/></p> <p>OKUL ADI: ..... KODU: <input type="text"/></p> <p>OKUL TÜRÜ: ..... KODU: <input type="text"/></p> <p>ALAN ADI: ..... KODU: <input type="text"/></p> <p>DAL ADI: ..... KODU: <input type="text"/></p> <p>OKUL NUMARASI: .....</p> <p>MEZUNİYET TARİHİ: ...../...../..... NOT SİSTEMİ: <input type="checkbox"/> 5'li <input type="checkbox"/> 10'lu <input type="checkbox"/> 100'lü DİPLOMA NOTU/PUANI: .....</p> <p>15. ÖN LİSANS EĞİTİM BİLGİSİ: <input type="checkbox"/></p> <p>ÜNİVERSİTE ADI: ..... KODU: <input type="text"/></p> <p>MESLEK YÜKSEK OKULU ADI: ..... KODU: <input type="text"/></p> <p>ÖN LİSANS PROGRAMI: ..... KODU: <input type="text"/></p> <p>MEZUNİYET TARİHİ: ...../...../.....</p> <p>NOT SİSTEMİ: <input type="checkbox"/> 4'lü <input type="checkbox"/> 5'li <input type="checkbox"/> 6'lı <input type="checkbox"/> 7'li <input type="checkbox"/> 10'lu <input type="checkbox"/> 20'li <input type="checkbox"/> 100'lü DİPLOMA NOTU/PUANI: .....</p> <p>16. LİSANS EĞİTİM BİLGİSİ: <input type="checkbox"/></p> <p>ÜNİVERSİTE ADI: ..... KODU: <input type="text"/></p> <p>LİSANS PROGRAMI: ..... KODU: <input type="text"/></p> <p>MEZUNİYET TARİHİ: ...../...../.....</p> <p>NOT SİSTEMİ: <input type="checkbox"/> 4'lü <input type="checkbox"/> 5'li <input type="checkbox"/> 6'lı <input type="checkbox"/> 7'li <input type="checkbox"/> 10'lu <input type="checkbox"/> 20'li <input type="checkbox"/> 100'lü DİPLOMA NOTU/PUANI: .....</p>
<b>SINAVA İLİŞKİN BİLGİLERİ</b>	<p>17. SINAV MERKEZİ TERCİHİ: ..... KODU: <input type="text"/></p> <p>18. BİR KAMU KURUMUNDA ÇALIŞMA DURUMU:</p> <p><input type="checkbox"/> Bir kamu kurumunda memur olarak çalışıyorum.</p> <p><input type="checkbox"/> Bir kamu kurumunda sözleşmeli kamu personeli olarak çalışıyorum.</p> <p><input type="checkbox"/> Bir kamu kurumunda işçi olarak çalışıyorum.</p>
<b>İMZA</b>	<p>19. İNTERNET ERIŞİM ŞİFRESİ İSTEĞİ: İNTERNET ERIŞİM ŞİFREMI UNUTTUM. YENİ ŞİFRE İSTİYORUM. <input type="checkbox"/></p> <p>20. ADAYIN İMZASI Aday Başvuru Formunda yazılan bütün bilgilerin doğru olduğunu bildiririm. Verdiğim bilgilerden herhangi birinin doğru olmadığı saptanırsa, bundan doğacak sonuçları kabul ederim.</p>



## ENGEL BİLGİ FORMU

### Aday Bilgileri

T.C. Kimlik / YU Numarası

Adı

Soyadı

### Engel Durumuna İlişkin Bilgiler

#### Sürekli Engel Grubu

Tam Vücut Engel Oranı (%)

İşitme (%)

Bedensel (Ortopedik) (%)

Görme (%)

Süreğen Hastalık (Kronik) (%)

Dil ve Konuşma Zorluğu (%)

Zihinsel (%)

Sınıflanamayan (%)

#### Özel Durumlar

Yaygın Gelişimsel Bozukluk

Özgül Öğrenme Güçlüğü

CP Hastası

Ruhsal ve Duygusal

İlköğretime Başlama Yaşı Öncesi İşitme Engeli Edinmiş

### Sınav Uygulamasına İlişkin Bilgiler

#### Soru Kitapçığı Okuma Durumu

9 Punto (Normal)

16 Punto

18 Punto

Okuyucu İstiyor

#### Cevap Kâğıdı İşaretleme Durumu

Cevap Kâğıdı İşaretleme Yapabilir

Cevap Kâğıdı İşaretleme Yapamaz

#### Sınav Salon Tercihî \*

Toplu Salonda Girebilir

Tek Başına Girmesi Gerekir

\* Sınav Salon Tercihî kısmını yalnızca "Özel Durumlar" kısmında işaretleme yapan adaylar dolduracaktır.

#### Sınav Salonuna Erişim Durumu

Merdiven Çıkabilir

Merdiven Çıkarken Zorlanıyor

Merdiven Çıkamaz

### Sınavta Getirilebilecek Araç ve Gereçler

#### Kullandığı Araç ve Gereçler

<input type="checkbox"/> Tekerlekli Sandalye	<input type="checkbox"/> Koltuk Değneği	<input type="checkbox"/> Enjektör / Şırınga	<input type="checkbox"/> Korse	<input type="checkbox"/> Kabartmalı Yazı Tableti
<input type="checkbox"/> Yürüteç	<input type="checkbox"/> Protez	<input type="checkbox"/> Şeker Ölçüm Cihazı	<input type="checkbox"/> İlaç	<input type="checkbox"/> Beyaz Tahta ve/veya Kalem
<input type="checkbox"/> Abaküs	<input type="checkbox"/> Teleskopik Gözlük	<input type="checkbox"/> Diren	<input type="checkbox"/> Ek Gıda (Paketli)	<input type="checkbox"/> Astım İlacı / Spreyi / Pompası
<input type="checkbox"/> Prizmatik Gözlük	<input type="checkbox"/> Gözlük Tipi İşitme Cihazı	<input type="checkbox"/> Katater	<input type="checkbox"/> Göz Damlası	<input type="checkbox"/> Büyüteç Gözlüğü
<input type="checkbox"/> Biyonik Kulak (Koklear İmplant)	<input type="checkbox"/> Atel	<input type="checkbox"/> Boyunluk	<input type="checkbox"/> Sonda	<input type="checkbox"/> Braille Daktilo
<input type="checkbox"/> Baston	<input type="checkbox"/> Elektronik Büyüteç	<input type="checkbox"/> Destek Malzemesi (Yükseltici Materyal)	<input type="checkbox"/> Oturma Simidi	<input type="checkbox"/> Diğer (Dilekçe İle Bildirilecek)
<input type="checkbox"/> Ortez	<input type="checkbox"/> Oksijen Tüpü	<input type="checkbox"/> Eldiven	<input type="checkbox"/> Yastık	
<input type="checkbox"/> İnsülin Pompası	<input type="checkbox"/> Masa Lambası	<input type="checkbox"/> Havlu / Peçete / Bez	<input type="checkbox"/> Maske	
<input type="checkbox"/> Elektronik Olmayan Büyüteç	<input type="checkbox"/> Koyu Renk Camlı Gözlük	<input type="checkbox"/> Hasta Bezi	<input type="checkbox"/> Pant	
<input type="checkbox"/> İşitme Cihazı	<input type="checkbox"/> Kalp Pili	<input type="checkbox"/> Bere / Şapka	<input type="checkbox"/> Dizlik	
	<input type="checkbox"/> Kâğıt Torba	<input type="checkbox"/> Bandaj / Sargı	<input type="checkbox"/> Kanedyen	
	<input type="checkbox"/> İnsülin İğnesi / Kalem		<input type="checkbox"/> Küptaş	