

Ek-1: Sağlık Durumu / Engel Bilgi Formu

İÇİŞLERİ BAKANLIĞI
İL ÖZEL İDARELERİ, BELEDİYE VE BAĞLI KURULUŞLARI İLE BUNLARIN ÜYESİ OLDUĞU
MAHALLİ İDARE BİRLİKLERİ PERSONELİNİN GÖREVDE YÜKSELME VE UNVAN
DEĞİŞİKLİĞİ SINAVI (06 Temmuz 2025)

Aday Bilgileri			
T.C. Kimlik / YU No.	<input type="text"/>	Tarih	<input type="text"/>
Adı Soyadı	<input type="text"/>	İmza	<input type="text"/>
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"/> İşaretleyici 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)

Gönderim Adresi: Anadolu Üniversitesi Rektörlüğü ESKİŞEHİR