

## Ek-1: Sağlık Durumu / Engel Bilgi Formu

**ÇEVRE, ŞEHİRCİLİK VE İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ BAKANLIĞI**  
**İL ÖZEL İDARELERİ, BELEDİYE VE BAĞLI KURULUŞLARI İLE BUNLARIN ÜYESİ**  
**OLDUĞU MAHALLİ İDARE BİRLİKLERİ PERSONELİNİN GÖREVDE YÜKSELME**  
**VE UNVAN DEĞİŞİKLİĞİ SINAVI (29 Eylül 2024)**

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 yapabiliyorum.	<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 çıkabiliyorum.		
		<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