|  |
| --- |
| 1. **BAŞVURU SAHİBİNE İLİŞKİN BİLGİLER**
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ADI SOYADI** |  |
| **ÜNVANI** |  |
| **TC KİMLİK NO** |  |
| **YÜKSEKÖĞRETİM KURUMUNUN ADI****(*DERS VERDİĞİ)*** |  |
| **FAKÜLTE /BÖLÜM /ABD** |  |
| **CEP TELEFONU** |  |
| **E-POSTA** |  |

|  |
| --- |
| 1. **BAŞVURUYA İLİŞKİN BİLGİLER**
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **BAŞVURU YAPILAN PROGRAMIN ADI** |  |
| **BÖLÜM / FAKÜLTE** |  |
| **BAŞVURU YAPILAN PROGRAMIN ENGEL GRUBU**  | * Görme Engelli
* İşitme Engelli
* Otizm Spektrum Bozukluğu
* Zihin Engelli
* Bedensel Engelli
* Diğer

….………………………….. |

|  |
| --- |
| 1. **YAPILAN ÇALIŞMALAR (***Başvuru yapılan programın hangi engel grubundan olanlara yönelik, ne tür faaliyetlerle düzenlemeler yapıldığını içeren detaylı bilgileri yazınız***.** *Bir programın başvuru yapabilmesi için o alandaki* ***tüm zorunlu derslerini ilgili engel grubunda erişilebilir kılmış olması*** *gerekmektedir.*
 |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **ONAY\***
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ADI SOYADI / ÜNVANI**  | **İMZA** |
| **ABD /BÖLÜM BAŞKANI** |  |  |
| **BAŞVURU SAHİBİNİN**  |  |  |

\*Engelsiz Program Nişanı Ödüllerine yapılacak başvurunun; üniversite senatosunca uygunluğunu gösteren karar ile belgeler rektör imzalı üst yazı ekinde (sadece EBYS üzerinden) gönderilmesi gerekmektedir.