

Σχολή Τυφλών
Αίτηση για Παρακολούθηση Σειράς μαθημάτων
Ακαδημαϊκό Έτος 2010-2011

A. Προσωπικά Στοιχεία

Επώνυμο: _____ Ημερ. Γέννησης: _____

Όνομα: _____ Α. Δ. Ταυτότητας: _____

Επάγγελμα: _____ Ωράριο: _____

Εργοδότης: _____ Προηγούμενο
Επάγγελμα: _____

Επίπεδο Μόρφωσης:

Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο Ανώτερη Ανώτατη

Άλλα ακαδημαϊκά προσόντα: _____

Δηλώστε πως γράφετε και διαβάζετε: 1. Γραφή Braille
2. Συνηθισμένη γραφή
3. Συνηθισμένη γραφή σε μεγέθυνση
4. Άλλη μέθοδος _____

Γνώση Αγγλικής Γλώσσας: Καλή Πολύ καλή Άριστη

Αναφέρατε το χρόνο και τα αίτια εμφάνισης της οπτικής σας αναπηρίας: _____

B. Διεύθυνση

Οδός: _____ Αριθμός: _____ Αρ. Διαμ.: _____ Δήμος/ _____
Κοινότητα:

Επαρχία: _____ Ταχ. Κώδικας: _____ Ταχ. Θυρίδα: _____

Τηλ. Σπιτιού: _____ Τηλ. Κινητό: _____

Τηλ. Εργασίας: _____ Ηλεκτρονική Διεύθυνση: _____

Γ. Δήλωση Ενδιαφέροντος

Ενδιαφέρομαι να παρακολουθήσω την πιο κάτω σειρά μαθημάτων:

1. _____
2. _____
3. _____

Σημειώστε οποιεσδήποτε γνώσεις έχετε για τα μαθήματα που ενδιαφέρεστε, και τις ώρες που προτιμάτε να τα παρακολουθείτε:

Υπεύθυνη Δήλωση

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πληροφορίες και τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθινά και αναλαμβάνω όλη τη νομική ευθύνη.

Ημερομηνία: _____

Υπογραφή: _____

Επισυνάπτω τα πιο κάτω:

1. Φωτοαντίγραφο όλων των ακαδημαϊκών μου προσόντων.
2. Πιστοποιητικό οπτικής οξύτητας ή βεβαίωση από την Παγκύπρια Οργάνωση Τυφλών για την ιδιότητά μου ως μέλος της.

Η παρούσα να αποστέλλεται στο Διευθυντή της Σχολής Τυφλών στη Διεύθυνση:

Διευθυντής Σχολής Τυφλών
Τ. Θ. 23511
1684 Λευκωσία

Ή να τοποθετείται στο γραμματοκιβώτιο του Διευθυντή της Σχολής.

ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ

Παρατηρήσεις: _____

Ημερομηνία: _____

Υπογραφή: _____

Ανδρέας Π. Χαπούπης

Διευθυντής