



ΕΝΤΥΠΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΕΙΔΙΚΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ

Το έντυπο αφορά φοιτητές του Τμήματος Πληροφορικής με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και συμπληρώνεται κατά την εγγραφή τους στο Τμήμα ή οποτεδήποτε χρειαστεί κατά τη διάρκεια των σπουδών τους. Συγκεκριμένα, αφορά:

- 1. Άτομα με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες**
(Έχουν αξιολογηθεί από ειδικούς και προσκομίζουν ειδική διαγνωστική έκθεση στην οποία αναφέρεται ότι πάσχουν από δυσλεξία, δυσγραφία κλπ)
- 2. Άτομα πάσχοντα από σοβαρές ασθένειες**
(Έχουν εισαχθεί χωρίς εξετάσεις σε ποσοστό 5%)
- 3. Άλλες ειδικές κατηγορίες ή αναπηρίες**
(Κατά τη διάρκεια των σπουδών τους αντιμετωπίζουν μόνιμο ή παροδικό, σωματικό ή ψυχικό πρόβλημα υγείας, το οποίο επηρεάζει την παρακολούθηση του προγράμματος σπουδών)

Το έντυπο μετά τη συμπλήρωσή του αποτελεί στοιχείο του ατομικού φακέλου του/της φοιτητή/τριας. Η συμπλήρωσή του αποτελεί προϋπόθεση για την παροχή από το Τμήμα κάθε μορφής ειδικής στήριξης, προκειμένου ο φοιτητής/τρια να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις του προγράμματος σπουδών του Τμήματος Πληροφορικής. Η στήριξη των φοιτητών/τριών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στο Πανεπιστήμιο Πειραιώς γίνεται σε συνεργασία με το Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών του ιδρύματος.

Εάν ανήκεις σε κάποια από τις παραπάνω κατηγορίες :

- Επίλεξε κατηγορία: 1. 2. 3.
- Ζήτησε να ενημερωθείς από τη Γραμματεία του Τμήματος, για τα παραστατικά που θα χρειαστεί να προσκομίσεις.
- Ζήτησε να ενημερωθείς από τη Γραμματεία του Τμήματος, για τις υπηρεσίες στήριξης των φοιτητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες που προσφέρονται στο Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών του ιδρύματος και να παραλάβεις τον ενημερωτικό φάκελο με τίτλο «Φοιτητές με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες».
- Επίλεξε, από τα παρακάτω, εκείνο που σε εκφράζει:
 - Επιθυμώ, η Γραμματεία του Τμήματος να ενημερώσει, εκ μέρους μου, το Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών για την ανάγκη στήριξής μου ώστε, στη συνέχεια στελέχη του να επικοινωνήσουν μαζί μου για να συζητήσουμε τις ειδικές εκπαιδευτικές μου ανάγκες.
 - Θα επικοινωνήσω ο/η ίδιος/α με το Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών το συντομότερο δυνατόν και δεν επιθυμώ η Γραμματεία του Τμήματος να προβεί σε καμία επιπλέον ενέργεια ενημέρωσης, αναφορικά με τις ειδικές εκπαιδευτικές μου ανάγκες.
 - Επιθυμώ το σύνολο των στοιχείων που αφορούν τις ειδικές εκπαιδευτικές μου ανάγκες να παραμείνουν εμπιστευτικά. Δεν επιθυμώ, τη δεδομένη χρονική στιγμή, να συνεργαστώ με το Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών. Κατανοώ ότι με την επιλογή μου αυτή ίσως να μην καταστεί δυνατή η κάλυψη των ειδικών εκπαιδευτικών μου αναγκών και να μην είναι δυνατή η υλοποίηση εύλογων προσαρμογών από το Τμήμα.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ: _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____ ΥΠΟΓΡΑΦΗ: _____