

OTİZM DERNEKLERİ FEDERASYONU
HUKUKİ GÖRÜŞ TALEP FORMU

Tarih: / /

Sayı:

Adı:	
Soyadı:	
T.C Kimlik Numarası:	
Çalışıyor Musunuz? Evet ise nerede?	☐ Evet ☐ Hayır Evet ise belirtiniz:
Otizmli Yakınınıza Dair Bilgiler:	Ad-Soyad: Yakınlık Derecesi: Doğum Tarihi:
RAM Raporu Bilgileri:	Veren Kurum: Tarihi: Kaynaştırma Öğrencisi: ☐ Evet ☐ Hayır
Sağlık Kurulu Raporu Bilgileri:	Veren Kurum: Tanı: Tarihi: Engellilik Oranı:
Herhangi bir Otizm Derneği üyesi misiniz?	☐ Evet ☐ Hayır Evet ise belirtiniz:
Hukuki Görüş Talebinin Konusu:	

OTİZM DERNEKLERİ FEDERASYONU
HUKUKİ GÖRÜŞ TALEP FORMU

Hukuki Görüş Talep Ettiğiniz Sorunun Kaynağı Olan Olayın Özeti:	
--	--

Konuyla İlgili Elinizde Bulunan Evrak ve Belgeler:	
---	--

Federasyonumuzdan Konuyla İlgili Talepleriniz:	
---	--

Size Nasıl Ulaşabiliriz?	☐ Telefon:	☐ E-Posta:
---------------------------------	--	--

Görüşen Kişi ve Görüşü	
-----------------------------------	--