

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Kérem felvételemet a **SINOSZ**  ……………………………………………….. megyei/helyi szervezetének tagságába. A Szövetség Alapszabályát és Adatvédelmi Szabályzatát megismertem és magamra nézve kötelezően elismerem. Az adataimat önként bocsátottam a SINOSZ rendelkezésére, a SINOSZ ezeket nyilvántartásba veheti és kezelheti. A tagfelvételi eljárás rendjét megismertem, hozzájárulok, hogy a felvételi eljárásban részt vevő szervek és személyek az adataimat megismerjék. Kijelentem, hogy az adatok a valóságnak megfelelnek. | | | | |
| Név: |  | | | |
|
| Születési név: |  | | | |
|
| Anyja neve: |  | | | |
|
| Születési hely és idő: |  | | | |
| Állampolgársága: |  | | | |
|
| Lakcíme: |  | | | |
|
| Levelezési címe: |  | | | |
|
| Telefon/ mobiltelefon: |  | | | |
|
| E-mail cím: |  | | | |
|
| Legmagasabb iskolai végzettsége: Szakképzettsége: ……………………………………………..…. | | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Kevesebb, mint 8 általános | 8 általános | Szakmunkásképző, szakiskola | Szakközépiskola/érettségi | | Gimnázium/érettségi | Technikum | Főiskola / Egyetem | Egyéb: ……………….. | | | | | |
| Fogyatékossághoz kapcsolódó kérdések: | | | | |
| ⁭ siket nagyothalló ⁭ halmozottan fogyatékos | | | | |
| Ön hogyan kommunikál? | | | | |
| **⁭** jelnyelvet használ | | **⁭** beszéddel kommunikál | | **⁭** mindkettő |
| Mikor vesztette el a hallását? | | | | |
| **⁭** veleszületett **⁭** gyermekkorban **⁭** felnőttkorban **⁭** időskorban | | | | |
| Hallásjavító eszköz: | | | | |
| ⁭ nem viselek hallókészülék ⁭ ⁭ Cochleáris implantátum (CI)  bal oldalt jobb oldalt BAHA rendszer | | | | |
| Családjában van-e hallássérült? | | | Megváltozott munkaképességű? | |
| nincs van:………………………… | | | igen nem | |
| Kap-e valamilyen ellátást? Ha igen: | | | „Kijelentem, hogy a belépéskor általam szolgáltatott iratokat büntetőjogi felelősségem tudatában adom át a SINOSZ részére, és tudomásul veszem, hogy a SINOSZ felé hamis iratok átadása büntetőjogi felelősségre vonást eredményezhet.” | |
| rehabilitációs rokkantsági | | |

Benyújtás dátuma:…………………………….. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kérelmező aláírása

(kiskorú jelentkező esetén szülő/gondviselő)