**დამატებითი ინფორმაციის ფორმა #1**

**გთხოვთ, ჩამოტვირთოთ აღნიშნული ფორმა, შეავსოთ და ხელმოწერილი ჩააბაროთ საბუთებთან ერთად**

**I. სტუდენტი**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| სახელი | გვარი | პირადი ნომერი | მობ. ტელეფონი | ელ-ფოსტა |
|  |  |  |  |  |

**მისამართი (ფაქტიური, იურიდიული):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. საკონტაქტო პირები:**

1. მამა

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| სახელი | გვარი | პირადი ნომერი | სამუშაო ადგილი | მობ. ტელეფონი | ელ-ფოსტა |
|  |  |  |  |  |  |

2. დედა

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| სახელი | გვარი | პირადი ნომერი | სამუშაო ადგილი | მობ. ტელეფონი | ელ-ფოსტა |
|  |  |  |  |  |  |

3. სხვა პირი (მშობლებთან კონტაქტის შეუძლებლობის შემთხვევაში, პირი რომელიც პასუხისმგებელი იქნება სტუდენტთან დაკავშირებით ინფორმაციის მიღებაზე და რეაგირებაზე)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| სახელი | გვარი | პირადი ნომერი | სამუშაო ადგილი | მობ. ტელეფონი | ელ-ფოსტა |
|  |  |  |  |  |  |

**III. ჯანმრთელობის პრობლემები**

გაქვთ თუ არა ჯანმრთელობის ისეთი პრობლემა, რომელიც საჭიროებს განსაკუთრებულ ყურადღებას ან საჭიროების შემთხვევაში გადაუდებელ დახმარებას?

კი 🞏 არა 🞏

დასტურის შემთხვევაში, გთხოვთ, შეავსოთ გრაფა ქვემოთ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ჯანმრთელობის პრობლემის ტიპი | რა სპეციალურ პირობებს საჭიროებს | გადაუდებელ შემთხვევაში აუცილებელი დახმარება | გადაუდებელ შემთხვავში საკონტაქტო პირის ტელეფონი |
|  |  |  |  |

IV. ამ ფორმაზე ხელმოწერით მე ვაცხადებ, რომ იგი შევსებულია ჩემს მიერ, წარმოადგენს სიმართლეს და აგრეთვე ვადასტურებ, რომ საჭიროების შემთხვევაში უნივერსიტეტს აქვს უფლება ჩემთან დაკავშირებულ საკითხებზე ინფორმაცია მიაწოდოს და საქმის კურსში ჩააყენოს II პუნქტში მითითებული პირები.

სტუდენტის ხელმოწერა\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

სახელი, გვარი (გარკვევით) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

პირადი ნომერი \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

მობ. ტელეფონი \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

შევსების თარიღი \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_