



Potvrdenie o zdravotnom znevýhodnení

1. ČASŤ

Meno a priezvisko študenta:

Dátum narodenia:

Adresa trvalého bydliska:

2. ČASŤ

Meno a priezvisko, titul a profesionálne zameranie odborníka vystavujúceho potvrdenie:

.....

Kontaktné údaje – korešpondenčná adresa:

Názov centra/ambulancie:

e-mail: Telefón:

3. ČASŤ

Druh a stupeň postihnutia/ochorenia, správa o priebehu a vývoji zdravotného postihnutia/ochorenia:

.....

.....

.....

4. ČASŤ

Vplyv na štúdium, odporúčané formy podpory, ktoré bude študent potrebovať počas štúdia ako kompenzáciu dôsledkov zdravotného postihnutia/ochorenia (napr.: častejšia absencia na vyučovaní, potreba predĺženia času na plnenie študijných povinností, v aktuálnom prípade potreba zmeny termínu skúšky, potreba adaptovať formu skúšky, napr. predĺženie času, prestávky a pod.) – špecifikovať, príp. uviesť iné:

.....

.....

.....

.....

Dátum:

.....

Podpis a pečiatka