EKONOMICKÁ UNIVERZITA
V BRATISLAVE

AACSB ACCREDITED

Potvrdenie o zdravotnom znevýhodnení

Meno a priezvisko študenta: **Dátum narodenia:**

…… ……

Adresa trvalého bydliska:

……

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

……

Kontaktné údaje – korešpondenčná adresa:
Názov centra/ambulancie:

……

E-mail: …… **Telefón:** ……

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

……
……
……

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~~ prípadne potreba zmeny termínu skúšky, potreba adaptovať formu skúšky, napr. predĺženie času, prestávky a pod.) – špecifikovať, príp. uviesť iné:

……
……
……
……

V …… dňa …… ……

Podpis a pečiatka

Poznámka: Vyplnené potvrdenie odovzdá študent so špecifickými potrebami spolu so všetkými potrebnými prílohami fakultnému koordinátorovi pre študentov so špecifickými potrebami