



Žiadosť o zaradenie do evidencie študentov so špecifickými potrebami a súhlas s vyhodnotením špecifických potrieb

(v zmysle § 100 zákona č. 131/2002 Z. z. o vysokých školách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov)

Meno a priezvisko uchádzača/-čky:

Dátum narodenia:

Miesto trvalého pobytu:

e-mail:.....Telefón:.....

Prijímacie konanie pre ak. rok:

Druh zdravotného znevýhodnenia (označiť zakrúžkovaním):

- a) zrakové postihnutie
- b) sluchové postihnutie
- c) telesné postihnutie dolných končatín
- d) telesné postihnutie horných končatín
- e) chronické ochorenie
- f) zdravotné oslabenie
- g) psychické ochorenie
- h) autizmus alebo iná pervazívna vývinová porucha
- i) poruchy učenia (dyslexia, dysgrafia, dyskalkúlia, dysortografia)
- j) iné (definujte)

V súvislosti s vyššie uvedeným typom znevýhodnenia **žiadam o zaradenie do evidencie študentov so špecifickými potrebami. Súhlasím s vyhodnotením mojich špecifických potrieb za účelom určenia rozsahu podporných služieb.**

Zároveň vyhlasujem, že všetky mnou uvedené údaje sú pravdivé, a že som nezamlčal nijaké závažné skutočnosti. Na účely vyhodnotenia špecifických potrieb v prílohe tejto žiadosti prikladám (označiť zakrúžkovaním):

- a) lekárske vysvedčenie nie staršie ako tri mesiace (lekársky nález, správa o priebehu a vývoji choroby a zdravotného postihnutia alebo výpis zo zdravotnej dokumentácie, prípadne iné),
- b) vyjadrenie psychológa, logopéda, školského psychológa, školského logopéda alebo špeciálneho pedagóga.

Dátum:.....

Podpis študenta/-tky.....

Upozornenie:

Žiadosť s prílohami, neoddeliteľnou súčasťou ktorej je súhlas študenta/-tky so spracúvaním osobitnej kategórie osobných údajov, sa podáva písomne Koordinátorke štúdia.



Súhlas študenta/-tky so spracúvaním osobitnej kategórie osobných údajov

Priezvisko, meno študenta/-tky.....

Dátum narodenia:.....

Miesto trvalého pobytu:.....

V zmysle § 16 odsek 2 písmeno a) zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon o ochrane osobných údajov“) vlastnoručným podpisom dávam výslovný súhlas, aby Bratislavská medzinárodná škola liberálnych štúdií spracúvala moje osobné údaje osobitnej kategórie týkajúce sa môjho zdravia na účely vyhodnotenia mojich špecifických potrieb a rozsahu podporných služieb počas celého obdobia, kedy budem vedený v evidencii študentov so špecifickými potrebami a budú mi poskytované podporné služby v zmysle § 100 ods. 4 zákona o vysokých školách. Tento súhlas sa vzťahuje na tie osobné údaje uvedené v tejto žiadosti a v jej prílohách, ktoré je vysoká škola oprávnená žiadať podľa §100 ods. 3 zákona o vysokých školách. Beriem na vedomie, že tento súhlas môžem kedykoľvek odvolať len písomne na adresu Bratislavská medzinárodná škola liberálnych štúdií, Grösslingová 53, 811 09 Bratislava. Odvolanie súhlasu nemá vplyv na zákonnosť spracúvania osobných údajov založenej na súhlase pred jeho odvolaním. Zároveň beriem na vedomie, že osobné údaje môžu spracúvať len poverené osoby, ktoré sú povinné dodržiavať ustanovenia zákona o ochrane osobných údajov, a spracované údaje sa budú archivovať a likvidovať v súlade s platnými právnymi predpismi Slovenskej republiky.

Dátum _____

Podpis študenta/-tky _____