



Potvrdenie o zdravotnom znevýhodnení

1. časť

Meno a priezvisko študenta/-ky:.....

Dátum narodenia:

Adresa trvalého bydliska:

2. časť

Meno a priezvisko, titul a profesionálne zameranie odborníka/-čky 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 student/-tka potrebovať počas štúdia ako kompenzáciu dôsledkov zdravotného postihnutia/ochorenia (napr.: častejšia absencia na vyučovaní, potreba predĺženia času na plnenie študijných povinností, predĺženie termínov na odovzdanie prác, ...) – špecifikovať, príp. uviesť iné:

Dátum

Podpis a pečiatka