



Potvrdenie o zdravotnom znevýhodnení

Časť 1

Meno a priezvisko študenta.....
Dátum narodenia.....
Adresa trvalého bydliska.....

Časť 2

Meno, titul, a profesionálne zameranie odborníka vystavujúceho potvrdenie:

.....
.....

Kontaktné údaje- korešpondenčná adresa

centra/ambulancie:.....

e- mail:.....

Tel.kontakt:.....

Časť 3

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Časť 4

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.)
- Podporné služby (prosím špecifikovať)

.....
.....

- Iné (prosím špecifikovať)

.....
.....
.....

dátum

podpis a pečiatka

Poznámka:

Vyplnené potvrdenie odovzdá študent so špecifickými potrebami spolu s posledným lekárskej nálezom fakultnému koordinátorovi pre študentov so špecifickými potrebami