**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