



### 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 lekárskeým nálezom fakultnému koordinátorovi pre študentov so špecifickými potrebami