**Potvrdenie o zdravotnom znevýhodnení**

1. **časť**

**Meno a priezvisko študenta:** ......................................................................................................................................

**Dátum narodenia:** .......................................................................................................................................................

**Adresa trvalého bydliska:** ...........................................................................................................................................

1. **časť**

**Meno a priezvisko, titul a profesionálne zameranie odborníka vystavujúceho potvrdenie:**

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

**Kontaktné údaje – korešpondenčná adresa:**

**Názov centra/ambulancie:** ..........................................................................................................................................

**e-mail:**..................................................................................... **Telefón:**........................................................................

1. **časť**

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

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

1. **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