

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:

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

V dňa
Podpis a pečiatka

Poznámka: Vyplnené potvrdenie odovzdá študent so špecifickými potrebami spolu so všetkými potrebnými prílohami fakultnému koordinátorovi pre študentov so špecifickými potrebami

