**ŽIADOSŤ**

**o zaradenie do evidencie študentov so špecifickými potrebami**

**a súhlas s vyhodnotením špecifických potrieb**

(v zmysle § 100 zákona č. 131/2002 Z. z. o vysokých školách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov)

Meno a priezvisko: ............................................................................. Titul: ...............................................

Dátum narodenia:

Miesto trvalého pobytu:

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

Akad. rok: ................................... Stupeň štúdia (1., 2., 3.): ................. Rok štúdia: ...................................

Fakulta: ..................................................... Študijný program: .....................................................................

**Druh zdravotného postihnutia/ špecifických potrieb**:

1. zrakové postihnutie – nevidiaci/a
2. zrakové postihnutie – slabozraký/a
3. sluchové postihnutie – nepočujúci/a
4. sluchové postihnutie – nedoslýchavý/á
5. telesné postihnutie dolných končatín
6. telesné postihnutie horných končatín
7. chronické ochorenie
8. zdravotné oslabenie
9. psychické ochorenie
10. autizmus alebo iná pervazívna vývinová porucha
11. poruchy učenia (dyslexia, dysgrafia, dyskalkúlia, dysortografia)

**Na základe predloženej dokumentácie žiadam o zaradenie do evidencie študentov so špecifickými potrebami a vyslovujem súhlas s vyhodnotením mojich špecifickým potrieb.**

Vyhlásenie a súhlas študenta:

Súhlasím s použitím uvedených osobných údajov poskytnutých Ekonomickej univerzite v Bratislave so sídlom Dolnozemská cesta 1, 852 35 Bratislava na účely vyhodnotenia mojich špecifických potrieb, priznania primeraných úprav a podporných služieb. Súhlasím s použitím uvedených osobných údajov na evidenčné a štatistické účely, ktoré je vysoká škola povinná robiť podľa § 73 ods. 4 písm. p) zákona o vysokých školách. Žiadam, aby moje osobné údaje boli k dispozícii len povereným osobám poučeným o povinnosti dodržiavať ustanovenia zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Beriem na vedomie, že tento súhlas môžem odvolať iba písomnou formou, resp. požiadať o prehodnotenie mojich špecifických potrieb v prípade nových okolností.

Na účely vyhodnotenia špecifických potrieb k svojej žiadosti prikladám:

1. lekárske vysvedčenie nie staršie ako tri mesiace (lekársky nález, správa o priebehu a vývoji choroby a zdravotného postihnutia alebo výpis zo zdravotnej dokumentácie, prípadne iné), alebo
2. vyjadrenie psychológa, logopéda, školského psychológa, školského logopéda, školského špeciálneho pedagóga alebo špeciálneho pedagóga.

Dátum: ............................. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis študenta