

## 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