**Potvrdenie**

**o zdravotnej spôsobilosti**

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

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

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

Potvrdzujem, že u menovaného/nej/ bola vykonaná zdravotná prehliadka, ktorá potvrdila, že menovaný/á/ je zdravotne:

1. spôsobilý/á/,
2. nespôsobilý/á/ \*

na vysokoškolské štúdium a na výkon povolania vo zvolenom študijnom programe

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

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

 miesto, dátum pečiatka a podpis lekára

\* nehodiace sa škrtnúť