**PREŠOVSKÁ UNIVERZITA V PREŠOVE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Priezvisko a meno:** ....................................... | ................. Osobné číslo: ................................ |
| **Fakulta:** ............................................................................................. |  |
| **Stupeň štúdia:** prvý – druhý – spojený prvý a druhý–tretí |
| **Forma štúdia:** denná–externá | **Rok štúdia:** ...................................................... |
| **Názov študijného programu:** ..................................................................................................... |
|  |
|  |

**Kontaktná adresa (vrátane PSČ)** .................................................................................................................

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

**Tel. kontakt:** ........................................... **E-mail:** ............................................................................

***ŽIADOSŤ***

***pre získanie štatútu študenta so špecifickými potrebami***

**Zdôvodnenie:**

V zmysle § 100 ods. 2 zákona č. 131/2002 Z. z. o vysokých školách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 57/2012 a v súlade s vyhláškou Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky č. 458/2012 Z. z. o minimálnych nárokoch študenta so špecifickými potrebami žiadam o udelenie štatútu študenta so špecifickými potrebami.

**K žiadosti prikladám:**

1. lekárske vysvedčenie (nie staršie ako tri mesiace ktorým je lekársky nález, správa o priebehu a vývoji choroby a zdravotného postihnutia alebo výpis zo zdravotnej dokumentácie)
2. v prípade poruchy učenia sa alebo komunikácie, vyjadrenie psychológa, logopéda, školského psychológa, školského logopéda alebo špeciálneho pedagóga (alebo iného registrovaného subjektu príslušnej odbornej spôsobilosti)

Súhlasím s vyhodnotením svojich špecifických potrieb a určením rozsahu podporných služieb. Za tým účelom dávam súhlas názov VŠ so spracúvaním mojej zdravotnej dokumentácie a prislúchajúcich vyjadrení o mojom zdravotnom stave, kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním na nosič informácií a s ich archiváciou.

Súhlas udeľujem na dobu trvania môjho právneho vzťahu k názov VŠ, t. j. na dobu trvania štúdia.

Dátum: ................................................................ Podpis: ......................................................