**POTVRDENIE LEKÁRA O TOM, ŽE ZAČAL 27. TÝŽDEŇ PRED OČAKÁVANÝM DŇOM PÔRODU URČENÝM LEKÁROM**

**Meno a priezvisko pacientky**: ..................................................................................................

**Adresa trvalého pobytu** : ...........................................................................................................

**Dátum a miesto narodenia**:........................................................................................................

Na základe lekárskeho vyšetrenia potvrdzujeme, že menovanej pacientke začal **27. týždeň pred očakávaným dňom pôrodu dňa: .....................................................**

Toto potvrdenie sa vydáva na žiadosť pacientky pre účely priznania tehotenského štipendia podľa § 96b zákona č. 131/2002 Z. z. o vysokých školách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Dátum......................................

------------------------------------------------------

odtlačok pečiatky

a podpis oprávneného lekára