|  |  |
| --- | --- |
| Obrázok, na ktorom je text, ClipArt  Automaticky generovaný popis | **PREŠOVSKÁ UNIVERZITA V PREŠOVE**  FAKULTA ZDRAVOTNÍCKYCH ODBOROV  UL. PARTIZÁNSKA 1, 080 01 PREŠOV, SLOVENSKÁ REPUBLIKA |

Priezvisko a meno:..................................................................... Osobné číslo: ......................................

Stupeň štúdia: prvý –druhý –spojený prvý a druhý-tretí

Forma štúdia: denná-externá Rok štúdia:..............................................................................

Názov študijného programu:....................................................................................................................

Adresa:......................................................................................................................................................

(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 Pedagogickej fakulte Prešovskej univerzity v Prešove 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 Pedagogickej fakulte Prešovskej univerzity v Prešove, t. j. na dobu trvania štúdia.

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

Vyjadrenie Koordinátora pre študentov so ŠP.

Odporúčam žiadosti vyhovieť/nevyhovieť (preškrtnite nehodiace sa).

Podrobný popis odporúčaní pre podporu štúdia študenta so ŠP sú v prílohe tejto žiadosti.

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

(meno, podpis)

Vyjadrenie prodekana/dekana:

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

(meno, podpis, pečiatka)