



ŽILINSKÁ UNIVERZITA V ŽILINE
Rektorát

ŽIADOSŤ

**o zaradenie do evidencie študentov so špecifickými potrebami
a súhlas s vyhodnotením špecifických potrieb**

(v zmysle §100 Zákona č. 131/2002 Z. z. o vysokých školách v znení neskorších predpisov)

Meno a priezvisko:..... Titul:

Dátum narodenia:.....

Miesto trvalého pobytu:

E-mail:.....

Telefón:

Akad. rok:

Fakulta:

Študijný program:

Stupeň štúdia: a) bakalársky b) magisterský c) doktorandský

Druh zdravotného postihnutia/ špecifických potrieb:

- a) zrakové postihnutie – nevidiaci/a
- b) zrakové postihnutie – slabozraký/a
- c) sluchové postihnutie – nepočujúci/a
- d) sluchové postihnutie – nedoslýchavý/á
- e) telesné postihnutie dolných končatín
- f) telesné postihnutie horných končatín
- g) chronické ochorenie
- h) zdravotné oslabenie
- i) psychické ochorenie
- j) autizmus alebo iná pervazívna vývinová porucha
- k) poruchy učenia (dyslexia, dysgrafia, dyskalkúlia, dysortografia)
- l) iné:

Na základe predloženej dokumentácie žiadam o zaradenie do evidencie študentov so špecifickými potrebami a vyslovujem súhlas s vyhodnotením osobných špecifických potrieb.

Vyhlásenie a súhlas študenta

Súhlasím s použitím uvedených osobných údajov Žilinskou univerzitou v Žiline, so sídlom Univerzitná 1, 010 26 Žilina na účely vyhodnotenia osobných špecifických potrieb, priznania primeraných úprav a podporných služieb.

Súhlasím s použitím uvedených osobných údajov na evidenčné a štatistické účely, ktoré je vysoká škola povinná robiť podľa §73 ods. 4 písm. p) zákona č. 131/2002 Z. z. o vysokých školách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Žiadam, aby moje osobné údaje boli chránené v zmysle zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a v súlade s vnútornými predpismi Žilinskej univerzity v Žiline.

Beriem na vedomie, že tento súhlas môžem odvolať, resp. požiadať o prehodnotenie osobných špecifických potrieb v prípade nových okolností iba písomnou formou.

Na účely vyhodnotenia špecifických potrieb k svojej žiadosti prikladám:

- a) lekárske vysvedčenie nie staršie ako tri mesiace (lekársky nález, správa o priebehu a vývoji choroby a zdravotného postihnutia alebo výpis zo zdravotnej dokumentácie, prípadne iné), alebo
- b) vyjadrenie psychológa, logopéda, školského psychológa, školského logopéda, školského špeciálneho pedagóga alebo špeciálneho pedagóga.

Dátum:

podpis študenta