



**VYSOKÁ ŠKOLA
ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE
SV. ALŽBETY V BRATISLAVE, N. O.**



Žiadosť študenta/-ky o zaradenie do evidencie študentov so špecifickými potrebami na Vysokej škole zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o. (ďalej len „VŠZaSP“)
a súhlas s vyhodnotením špecifických potrieb
v súlade s § 100 zákona č. 131/2002 Z. z. o vysokých školách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o vysokých školách“)

Priezvisko, meno, titul:
Dátum narodenia: ID študenta:
Miesto trvalého pobytu:
Telefónne číslo: E-mail:
Fakulta/ Detašované pracovisko VŠZaSP:
Študijný program:
Stupeň štúdia¹: ☐ prvý ☐ druhý ☐ tretí

Typ znevýhodnenia²:

- | | |
|--|--|
| a) ☐ zrakové postihnutie | b) ☐ sluchové postihnutie |
| c) ☐ telesné postihnutie | d) ☐ viacnásobné postihnutie |
| e) ☐ chronické ochorenie | f) ☐ zdravotné oslabenie |
| g) ☐ psychické ochorenie | h) ☐ autizmus alebo iná pervazívna vývinová porucha |
| i) ☐ porucha učenia (dyslexia, dysgrafia, dysortografia a pod.) | |

V súvislosti s vyššie uvedeným typom znevýhodnenia **žiadam o zaradenie do evidencie študentov so špecifickými potrebami. Súhlasím s vyhodnotením mojich špecifických potrieb za účelom určenia rozsahu podporných služieb.**

Zároveň vyhlasujem, že všetky mnou uvedené údaje sú pravdivé, a že som nezamlčal/-a nijaké závažné skutočnosti.

Na účely vyhodnotenia špecifických potrieb v prílohe tejto žiadosti prikladám¹:

- ☐ 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),
- ☐ vyjadrenie psychológa, logopéda, školského psychológa, školského logopéda alebo špeciálneho pedagóga.

Dátum: _____

_____ podpis študenta

Upozornenie: *Žiadosť s prílohami, neoddeliteľnou súčasťou ktorej je súhlas študenta/-ky so spracúvaním osobitnej kategórie osobných údajov, sa podáva písomne na Študijné oddelenie príslušnej Fakulty/ Detašovaného pracoviska, na ktorej je študent zapísaný na štúdium.*

¹ Označiť jednu z uvedených možností

² Konkrétne znevýhodnenie označte



**VYSOKÁ ŠKOLA
ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE
SV. ALŽBETY V BRATISLAVE, N. O.**



Súhlas študenta so spracúvaním osobitnej kategórie osobných údajov

Priezvisko, meno, titul študenta:

Dátum narodenia:.....

Miesto trvalého pobytu:.....

v zmysle § 16 odsek 2 písmeno a) zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon o ochrane osobných údajov“) vlastnoručným podpisom dávam výslovný súhlas, aby VŠZaSP spracúvala moje osobné údaje osobitnej kategórie týkajúce sa môjho zdravia na účely vyhodnotenia mojich špecifických potrieb a rozsahu podporných služieb počas celého obdobia, kedy budem vedený v evidencii študentov so špecifickými potrebami a budú mi poskytované podporné služby v zmysle § 100 ods. 4 zákona o vysokých školách. Tento súhlas sa vzťahuje na tie osobné údaje uvedené v tejto žiadosti a v jej prílohách, ktoré je vysoká škola oprávnená žiadať podľa § 100 ods. 3 zákona o vysokých školách. Beriem na vedomie, že tento súhlas môžem kedykoľvek odvolať len písomne na adresu: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o., Palackého 1, P.O.Box 104, 810 00 Bratislava. Odvolanie súhlasu nemá vplyv na zákonnosť spracúvania osobných údajov založenej na súhlase pred jeho odvolaním. Zároveň beriem na vedomie, že osobné údaje môžu spracúvať len poverené osoby, ktoré sú povinné dodržiavať ustanovenia zákona o ochrane osobných údajov, a spracované údaje sa budú archivovať a likvidovať v súlade s platnými právnymi predpismi Slovenskej republiky.

Dátum: _____

podpis študenta