|  |
| --- |
| **Potvrzení o zdravotním stavu pacienta/pacientky vydávané za účelem prokázání neschopnosti plnit studijní povinnosti na CTVS VŠE v Praze** |
| Jméno a příjmení pacienta/pacientky (studenta/studentky): | Datum narození: |
| **Tímto potvrzuji, že zdravotní stav výše uvedené/ho pacienta/pacientky je/byl v níže uvedeném období podle mého odborného názoru natolik závažný, že naplňuje (naplňoval) definici pracovní neschopnosti.**  |
| **V tomto stavu byl/a pacient/ka ode dne:**      | *(pouze přestal-li tento stav již trvat)* **do dne:**      |
| Datum vyšetření: | Jméno a příjmení ošetřujícího lékaře/lékařky: |
| *(Adresa a telefon, nejsou-li na oficiálním razítku:)* | Čitelné razítko, datum a podpis lékaře/lékařky: |
| *(Chcete-li k tomuto vyjádření něco dodat, můžete zde:)*      |
| **Prohlášení pacienta/pacientky (studenta/studentky) o shromažďování osobních údajů**Souhlasím, aby Potvrzení o zdravotním stavu s uvedenými osobními údaji bylo použito za účelem zpracování studijní evidence pro omluvení neúčasti při plnění studijní povinnosti a archivováno na CTVS VŠE po dobu studia.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Podpis pacienta/pacientky (studenta/studentky) |