



# Potvrzení o zdravotním stavu pacienta/pacientky vydávané za účelem prokázání neschopnosti plnit studijní povinnosti na Fakultě financí a účetnictví VŠE v Praze

Jméno a příjmení pacienta/pacientky (studenta/studentky):

Datum narození:

Tímto potvrzují, že zdravotní stav výše uvedeného(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/  
pacientka ode dne:

Do dne:  
*(pouze pokud tento stav ke  
dni vystavení tohoto  
potvrzení přestal trvat):*

Příští kontrola  
*(pouze v případě, kdy  
pracovní neschopnost není  
ukončena):*

Datum vyšetření:

Jméno a příjmení ošetřujícího lékaře/lékařky:

Adresa a telefon (pokud nejsou na připojeném oficiálním razítku):

Případný komentář, či poznámka lékaře/lékařky:

Čitelné razítko a podpis lékaře/  
lékařky:

**Prohlášení pacienta/pacientky (studenta/studentky) o  
shromáždění osobních údajů:**

Souhlasím s tím, aby se mé osobní údaje uvedené v tomto "Potvrzení o zdravotním stavu..." staly součástí spisu, který je o mé osobě veden Fakultou financí a účetnictví Vysoké školy ekonomické v Praze po celou dobu, po níž je spis zpracováván. Beru na vědomí, že účelem zpracování je prokázat překážku v plnění mých studijních povinností v souladu se Studijním a zkušebním řádem VŠE v Praze a Vyhláškou č. 3/2014 děkana FFÚ VŠE v Praze, o plnění studijních povinností.

**Podpis pacienta/pacientky (studenta/  
studentky):**