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 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/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 shromažďování osobních údajů:** | **Podpis pacienta/pacientky (studenta/studentky):** |
| 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 opatřením děkana FFÚ VŠE o plnění studijních povinností. |  |

Fakulta financí a účetnictví Vysoké školy ekonomické v Praze, nám. W. Churchilla 4, 130 67 Praha 3  
**ffu.vse.cz**