

**Žiadosť študenta o zaradenie do evidencie študentov so špecifickými potrebami
na Slovenskej technickej univerzite v Bratislave (ďalej len „STU“)
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“)/*

***Request by the student for inclusion in the records of students with special needs
at the Slovak University of Technology in Bratislava (hereinafter referred to as “STU”)
and the consent with the evaluation of his/her special needs***

*in accordance with Section 100 of Act No. 131/2002 Coll., on Higher Education and on amendments to certain acts,
as subsequently amended (hereinafter referred to as the “Act“)*

Priezvisko, meno, titul študenta/*Student’s surname, first name, title:*

Dátum narodenia/*Date of birth:* ID študenta/*Student’s ID:*

Miesto trvalého pobytu/*Permanent residence:*

Telefónne číslo/*Telephone No.:* E-mail:.....

Fakulta STU/*Faculty of STU:*

Študijný program/*Study programme:*

Stupeň štúdia/*Level of study*¹: prvý/*first* druhý/*second* tretí/*third*

Typ znevýhodnenia/*Disability type*²:

- | | |
|--|---|
| a) zrakové postihnutie/ <i>visual disability</i> | b) sluchové postihnutie/ <i>hearing disability</i> |
| c) telesné postihnutie/ <i>physical disability</i> | d) viacnásobné postihnutie/ <i>multiple disabilities</i> |
| e) chronické ochorenie/ <i>chronic illness</i> | f) zdravotné oslabenie/ <i>weakened health</i> |
| g) psychické ochorenie/ <i>mental illness</i> | h) autizmus alebo iná pervazívna vývinová porucha/
<i>autism or another pervasive development disorder</i> |
| i) porucha učenia (dyslexia, dysgrafia,
dysortografia a pod.)/ <i>learning
disorder (dyslexia, dysgraphia,
dysorthographia, etc.)</i> | |

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

In connection with the aforementioned disability type I ask for inclusion in the records of students with special needs. I agree with the evaluation of my special needs for the purpose of determination of the extent of support services needed.

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

At the same time, I declare that all the information I have provided is true and that I have not concealed any serious facts.

¹ Označiť jednu z uvedených možností/*Mark one of the mentioned options*

² Konkrétne znevýhodnenie označte/*Mark the relevant disability*

Na účely vyhodnotenia špecifických potrieb v prílohe tejto žiadosti prikladám/*For the purposes of evaluation of my special needs, I enclose the following documents with this application*¹:

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)/ *medical certificate not older than three months (medical finding, report on illness and health disability course and development or the extract from health documentation or, where appropriate, other documents),*

vyjadrenie psychológa, logopéda, školského psychológa, školského logopéda alebo špeciálneho pedagóga/*statement of psychologist, speech therapist, school psychologist, school speech therapist or special teacher.*

Dátum/*Date*: _____

podpis študenta/*Student's signature*

Upozornenie/Notice: Žiadosť s prílohami, ktorej neoddeliteľnou súčasťou je súhlas študenta so spracúvaním osobitnej kategórie osobných údajov, sa podáva písomne na Študijné oddelenie príslušnej fakulty STU, na ktorej je študent zapísaný na štúdium./The request with attachments and with the student's consent to the processing of specific category of personal data, which is inseparable part of the request, is filed in writing at the Study Department of the relevant faculty of STU where the student is enrolled for study.

**Súhlas študenta so spracúvaním osobitnej kategórie osobných údajov/
Student's consent to the processing of specific category of personal data**

Priezvisko, meno, titul študenta/*Student's surname, first name, title:*.....

Dátum narodenia/*Date of birth:*

Trvalé bydlisko/*Permanent residence:*.....

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 STU 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 STU: Slovenská technická univerzita v Bratislave, Vazovova 5, 812 43 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./

in accordance with Section 16 par. 2 letter a) of Act No. 18/2018 Coll. on Personal Data Protection and on amendments and supplements to some acts (hereinafter referred to as the "Personal Data Protection Act"), I give my explicit consent with my own signature to the processing of my health-specific personal data by STU for the purpose of evaluation of my special needs and the extent of support services needed during the whole period when I will be kept in the records of students with special needs, and support services will be provided to me in accordance with Section 100 par. 4 of the Act. This consent relates to personal data provided in this application and its annexes which the university is authorised to demand pursuant to Section 100 par. 3 of the Act. I acknowledge that this consent can be withdrawn at any time by sending a written request to the address of STU: Slovenská technická univerzita, Vazovova 5, 812 43 Bratislava. Withdrawal of consent does not affect the legality of personal data processing based on consent before this withdrawal. At the same time, I acknowledge that the data may only be processed by authorised persons who are obliged to observe the provisions of Personal Data Protection Act, and such processed data will be archived and liquidated in accordance with the valid legal regulations of the Slovak Republic.

Dátum/*Date:* _____

podpis študenta/*Student's signature*

Podmienky ochrany súkromia na STU sú zverejnené na webovom sídle STU/*Privacy Policy at STU is published on website of STU:*

https://www.stuba.sk/sk/pracoviska/centrum-vypoctovej-techniky/podmienky-ochrany-sukromia-na-stu.html?page_id=12121