**Informovaný souhlas studenta Univerzity Karlovy**

1. **Souhlasím se zanesením údajů o mém zdravotním stavu** (postižení, specifické poruše učení, dlouhodobém onemocnění) **do programu Student.**

**ANO**

**NE\***

Údaje o zdravotním stavu dokládám\*:

* dokladem o zdravotním postižení ve smyslu § 67 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, nebo
* dokladem o invaliditě libovolného stupně ve smyslu § 39 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, nebo
* průkazem mimořádných výhod libovolného stupně ve smyslu § 34 zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, nebo
* dokladem o specifické poruše učení zjištěné na základě obecně dohodnutých výsledků v obecně dohodnutých psychometrických testech, nebo
* lékařskou zprávou o výsledcích odborného lékařského vyšetření v případě osob s psy­chic­kou poruchou nebo s chronickým somatickým onemocněním, pokud se nemohou prokázat výše uvedenými doklady

S uvedenou databází je nakládáno v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Univerzita Karlova v Praze využije těchto údajů za účelem nárokování příspěvku na podporu financování zvýšených nákladů na studium studentů se specifickými potřebami u MŠMT ČR a záležitostí s ním spojených.

1. **Pro případ, že v souvislosti se studiem (v rámci výuky, sportovních aktivit či jiných akcí pořádaných vysokou školou) budu vykonávat činnost, která může ohrozit či poškodit mé zdraví nebo zdraví jiných osob, souhlasím s tím, aby byly informace o mém zdravotním stavu** (postižení, specifické poruše učení, dlouhodobém onemocnění) **předány** vyučujícím příslušných předmětů a praxí resp. jiným osobám odpovědným za průběh těchto aktivit či akcí.

**ANO**

**NE[[1]](#footnote-1)\***

Jméno a příjmení studenta:……………………………………………………………………………….

Datum narození:………………………………………………………………………………………….

Fakulta/obor:………………………………………………………………………………......................

…………………………………………..

podpis studenta

V Praze dne

1. \*hodící se zaškrtněte [↑](#footnote-ref-1)