**Lekársky posudok o zdravotnej spôsobilosti ku vzdelaniu**

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Adresa trvalého pobytu:

Študijný program:

Forma štúdia:

Metóda štúdia:

Potvrdzujem týmto, že uchádzač je schopný štúdia v plnom požadovanom rozsahu danom platnou akreditáciou ( teoretické vyučovanie, praktické vyučovanie, prax ) a výkonu povolania vo vyššie uvedenom študijnom programe.

Dátum.......................................

Pečiatka a podpis lekára....................................................