



LEKÁRSKE POTVRDENIE

Údaje o tehotnej študentke (pacientke):

Titul, meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, PSČ, mesto):

Údaje o lekárovi, ktorý poskytuje odbornú zdravotnú starostlivosť tehotnej študentke:

Meno a priezvisko lekára:

Adresa ambulancie (ulica, číslo, PSČ, mesto):

Na základe lekárskeho vyšetrenia potvrdzujem, že menovanej tehotnej študentke (pacientke v mojej starostlivosti) **tehotenstvo skončilo** _____ (uviesť dátum).

V zmysle § 96b ods. 9 písm. c) zákona č. 131/2002 Z. z. o vysokých školách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov tehotenské štipendium zaniká skončením tehotenstva.

Potvrdenie sa vydáva na žiadosť menovanej tehotnej študentky/pacientky na účely posúdenia zániku nároku na tehotenské štipendium podľa vyššie citovaného zákona.

V _____ dňa _____

podpis oprávneného lekára a odtlačok pečiatky



LEKÁRSKE POTVRDENIE

Údaje o tehotnej študentke (pacientke):

Titul, meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, PSČ, mesto):

Údaje o lekárovi, ktorý poskytuje odbornú zdravotnú starostlivosť tehotnej študentke:

Meno a priezvisko lekára:

Adresa ambulancie (ulica, číslo, PSČ, mesto):

Na základe lekárskeho vyšetrenia potvrdzujem, že menovanej tehotnej študentke (pacientke v mojej starostlivosti) **tehotenstvo skončilo** _____ (uviesť dátum).

V zmysle § 96b ods. 9 písm. c) zákona č. 131/2002 Z. z. o vysokých školách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov tehotenské štipendium zaniká skončením tehotenstva.

Potvrdenie sa vydáva na žiadosť menovanej tehotnej študentky/pacientky na účely posúdenia zániku nároku na tehotenské štipendium podľa vyššie citovaného zákona.

V _____ dňa _____

podpis oprávneného lekára a odtlačok pečiatky