

**POTVRDENIE LEKÁRA NA ÚČELY PRIZNANIA TEHOTENSKÉHO
ŠTIPENDIA**

Meno a priezvisko

Dátum narodenia

Rodné číslo

Adresa trvalého pobytu

Na základe lekárskeho vyšetrenia potvrdzujem, že vyššie menovanej pacientke začal dňa _____ 27. týždeň pred očakávaným termínom pôrodu.

Potvrdenie sa vydáva na žiadosť menovanej na účely priznania tehotenského štipendia v súlade s §149a zákona 245/2008 (školského zákona).

V _____

Dňa _____

_____ pečiatka a podpis oprávneného lekára