**Bekreftelse fra lege/medisinsk sakkyndig**

**Søknad om tilrettelegging av eksamen og studier**

**Vennligst fyll inn skjema så nøyaktig som mulig.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Om studenten** | |
| Navn: |  |
| Fødselsdato: |  |
| Adresse: |  |
| Attesten er gyldig til |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Er studentens tilstand:** | |
|  | Kronisk |
|  | Akutt |
|  | Hvis tilstanden skyldes **allergi**, vennligst presiser i feltet under hvilke måneder dette gjelder for |
|  | |
| **Hvilke tiltak mener du, som medisinsk sakkyndig, er nødvendig for å oppveie for ulempene studenten har i en studie- og/eller eksamenssituasjon?** | |
|  | Forlenget tid ved eksamen |
|  | Bruk av PC ved eksamen |
|  | Annet (vennligst spesifiser i feltet under) |
|  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Medisinsk sakkyndigs bekreftelse og signatur** | | |
| Jeg bekrefter at studenten har en helsetilstand som krever tilrettelegging | | |
| Sted: | Dato: | Underskrift og stempel: |
|  |  |  |