**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: |
|  |  |  |