

Vloga za uveljavljanje pravic kandidata s posebnimi potrebami pri preverjanju in potrjevanju nacionalne poklicne kvalifikacije

1. Izvajalec preverjanja in potrjevanja: <small>Ime in sedež</small> <hr/> <hr/>																						
2. Osebni podatki in naslov kandidata/-ke: <small>Primek in ime</small> <hr/> <small>Naslov</small> <hr/>	EMŠO <table border="1" style="margin: auto; text-align: center; width: 150px; height: 15px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <hr/>																					
3. Podlaga za uveljavljanje pravic: <small>Prekrižajte ustrezen kvadrater.</small> <input type="checkbox"/> A) Odločba o usmeritvi št. <input style="width: 150px;" type="text"/> z dne <input style="width: 80px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> B) Dokumentacija ustreznih institucij oziroma mnenja zdravnikov specialistov																						
4. Primanjkljaj, ovira oziroma motnja kandidata/-ke na podlagi odločbe o usmeritvi: <small>Prekrižajte ustrezen kvadrater.</small> <table style="width: 100%;"><tr><td><input type="checkbox"/> slepota</td><td><input type="checkbox"/> slabovidnost</td><td><input type="checkbox"/> okvara vidne funkcije</td><td><input type="checkbox"/> gluhost</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> naglušnost</td><td><input type="checkbox"/> avtistične motnje</td><td><input type="checkbox"/> govorno-jezikovne motnje</td><td><input type="checkbox"/> gibalna oviranost</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> dolgotrajna bolezen</td><td><input type="checkbox"/> čustvene in vedenjske motnje</td><td><input type="checkbox"/> primanjkljaji na posameznih področjih učenja</td><td><input type="checkbox"/> barvna slepota</td></tr></table>		<input type="checkbox"/> slepota	<input type="checkbox"/> slabovidnost	<input type="checkbox"/> okvara vidne funkcije	<input type="checkbox"/> gluhost	<input type="checkbox"/> naglušnost	<input type="checkbox"/> avtistične motnje	<input type="checkbox"/> govorno-jezikovne motnje	<input type="checkbox"/> gibalna oviranost	<input type="checkbox"/> dolgotrajna bolezen	<input type="checkbox"/> čustvene in vedenjske motnje	<input type="checkbox"/> primanjkljaji na posameznih področjih učenja	<input type="checkbox"/> barvna slepota									
<input type="checkbox"/> slepota	<input type="checkbox"/> slabovidnost	<input type="checkbox"/> okvara vidne funkcije	<input type="checkbox"/> gluhost																			
<input type="checkbox"/> naglušnost	<input type="checkbox"/> avtistične motnje	<input type="checkbox"/> govorno-jezikovne motnje	<input type="checkbox"/> gibalna oviranost																			
<input type="checkbox"/> dolgotrajna bolezen	<input type="checkbox"/> čustvene in vedenjske motnje	<input type="checkbox"/> primanjkljaji na posameznih področjih učenja	<input type="checkbox"/> barvna slepota																			
5. Primanjkljaj, ovira oziroma motnja kandidata/-ke na podlagi dokumentacije ustreznih institucij oziroma mnenja zdravnikov specialistov: <small>Prekrižajte ustrezen kvadrater.</small> <table style="width: 100%;"><tr><td><input type="checkbox"/> slepota</td><td><input type="checkbox"/> slabovidnost</td><td><input type="checkbox"/> okvara vidne funkcije</td><td><input type="checkbox"/> barvna slepota</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> gluhost</td><td><input type="checkbox"/> naglušnost</td><td><input type="checkbox"/> gibalna oviranost</td><td><input type="checkbox"/> dolgotrajna bolezen</td></tr></table>		<input type="checkbox"/> slepota	<input type="checkbox"/> slabovidnost	<input type="checkbox"/> okvara vidne funkcije	<input type="checkbox"/> barvna slepota	<input type="checkbox"/> gluhost	<input type="checkbox"/> naglušnost	<input type="checkbox"/> gibalna oviranost	<input type="checkbox"/> dolgotrajna bolezen													
<input type="checkbox"/> slepota	<input type="checkbox"/> slabovidnost	<input type="checkbox"/> okvara vidne funkcije	<input type="checkbox"/> barvna slepota																			
<input type="checkbox"/> gluhost	<input type="checkbox"/> naglušnost	<input type="checkbox"/> gibalna oviranost	<input type="checkbox"/> dolgotrajna bolezen																			
6. Predlagana prilagoditev načina opravljanja mature pri posameznih predmetih je navedena v Preglednici možnih prilagoditev načina opravljanja mature za kandidate s posebnimi potrebami.																						

S podpisom potrjujem, da so prilagoditve pravilno označene glede na odločbo o usmeritvi in strokovno mnenje komisije za usmerjanje ali/in dokumentacijo ustreznih institucij oziroma mnenja zdravnikov specialistov.

Podpis kandidata/-ke

Podpis svetovalca

Datum: _____

Žig

Priloga:
- Odločba o usmeritvi s strokovnim mnenjem komisije za usmerjanje ali/in dokumentacija ustreznih institucij oziroma mnenja zdravnikov specialistov

NAVODILA ZA IZPOLNJEVANJE

1. Napišite podatke o izvajalcu (ime in sedež), pri katerem opravljate preverjanje in potrjevanje NPK.
2. Z velikimi tiskanimi črkami napišite svoje PRIIMEK in IME ter NASLOV. V ustrezne kvadratke vpišite enotno matično številko občana (EMŠO).
3. S križcem v ustreznem kvadratu označite ustrezne podlage za uveljavljanje pravic. Križec pred črkami pomeni:
 - A) Kandidat/-ka uveljavlja pravico do prilagojenega načina opravljanja NPK na podlagi zadnje odločbe, s katero je bil usmerjen.
Napišite številko odločbe in datum izdaje odločbe.
Kandidat/-ka, ki uveljavlja prilagojeni način ocenjevanja priloži odločbo o usmeritvi in strokovno mnenje komisije za usmerjanje.
 - B) Kandidat/-ka uveljavlja pravico do prilagojenega načina opravljanja NPK kot drugi kandidat (kandidat brez odločbe o usmeritvi).
Prijavi priložite dokumentacijo ustreznih institucij oziroma mnenja zdravnikov specialistov, ki niso starejša od enega leta.
4. S križcem v ustreznem kvadratu opredelite primanjkljaj, oviro oziroma motnjo, ki je navedena v odločbi o usmeritvi.
5. S križcem v ustreznem kvadratu opredelite primanjkljaj, oviro oziroma motnjo, ki je posledica poškodbe, nesreče ali bolezni.
6. S križcem označite zelene prilagoditve v Preglednici možnih prilagoditev načina opravljanja mature za kandidate s posebnimi potrebami glede na primanjkljaj, oviro oziroma motnjo. Izvajalec in kandidat s podpisom jamčita, da so prilagoditve pravilno označene glede na odločbo o usmeritvi, strokovno mnenje oziroma dokumentacijo ustreznih institucij oziroma mnenja zdravnikov specialistov.