

Antrag auf Nachteilsausgleich

An die*den Prüfungsausschussvorsitzende*n¹:

Antragsteller*in

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Matrikelnummer:

Studiengang:

Fächer:

Straße:

Hausnummer:

Postleitzahl:

Ort:

Telefon:

E-Mail:

Ich bin wegen

länger andauernder oder ständiger (körperlicher) Behinderung oder Beeinträchtigung

Sonstigem

nicht in der Lage, Studiennachweise und Prüfungsleistungen ganz oder teilweise in der vorgesehenen Form oder innerhalb der festgelegten Fristen abzulegen.

Zusätzliche Erläuterungen des Grundes (Erkrankung/Behinderung/Beeinträchtigung):

Als Nachweis beigefügt

fachärztliches Attest

vom:

amtsärztliches Attest

vom:

Anerkennungsbescheid des Versorgungsamtes

vom:

Wegen des Nachweises bitte ich um ein persönliches Gespräch.

Meine

Erkrankung(en) Behinderung(en)

wirkt/wirken sich wie folgt auf Prüfungen aus:

Ich beantrage Nachteilsausgleich für Prüfungs- und Studienleistungen²

des Je nach Beeinträchtigung bis Dauer des Studiums

des Für (Gültigkeit des Feststellungsbescheids)

für folgende Studiennachweise und Prüfungsleistungen:

Als Nachteilsausgleich beantrage ich

eine Zeitverlängerung um %

einen Wechsel der Prüfungsform³

eine räumliche/technische Veränderung⁴, und zwar:

einen sonstigen Nachteilsausgleich, und zwar:

Ort, Datum, Unterschrift (Antragsteller*in)

² Bitte stellen Sie den Antrag zu Beginn des Semesters.

³ Sofern eine andere mögliche Prüfungsform in der Modulbeschreibung angegeben ist.

⁴ Vorausgesetzt die Veränderung steht dem Prüfungs- oder Leistungszweck nicht entgegen.