

Antrag auf Nachteilsausgleich

Persönliche Daten der Antragstellerin bzw. des Antragstellers	
Name	
Vorname	
Matrikelnummer	
Studiengang	
Telefonnummer (freiwillige Angabe)	

Hiermit beantrage ich Nachteilsausgleich für folgende Prüfungen:	
Prüfung	Bezeichnung

Wird der Antrag dauerhaft gestellt, verpflichtet sich die antragstellende Person dazu, die in jedem Semester geplanten Prüfungen innerhalb des Anmeldezeitraums zu den Prüfungsleistungen mit diesem Formular und Angabe des Semesters an das Prüfungsamt zu melden.

Beschreiben Sie die Art Ihrer Beeinträchtigung:

Beschreiben Sie möglichst präzise die Art des Nachteilsausgleichs, die Sie beantragen. Begründen Sie, inwiefern die beschriebene Art des Nachteilsausgleichs Ihre Beeinträchtigung kompensiert.

Liegt eine Behinderung im Sinne des Schwerbehindertenrechts nach § 2 SGB IX vor:		
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Falls ja, GdB:		
Eine Kopie des Schwerbehindertenausweises liegt bei.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<p>Mir ist bekannt, dass nur Angaben berücksichtigt werden können, die durch aktuelle Nachweise belegt sind. Die zur Entscheidung über den Antrag nötigen Begründungen und Nachweise habe ich im Original bzw. in beglaubigter Form beigelegt. Diese Dokumente werden nach Abschluss des Verfahrens in der Studierendenakte abgelegt.</p> <p>Eine Mehrfertigung des Antrags geht mit der Stellungnahme des Prüfungsausschusses zurück an den*die Beauftragte*n für Studierende mit Beeinträchtigungen zur Kenntnisnahme.</p>		
Ort, Datum Unterschrift Antragsteller*in		

Stellungnahme Beauftragte*r für die Belange von Studierenden mit Behinderung und chronischen Krankheiten		
Befürwortung des Antrags	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Stellungnahme des*der Beauftragten:		
Ort, Datum Unterschrift Beauftragte*r für Studierende mit Beeinträchtigungen		

Entscheidung des/der Vorsitzenden des Prüfungsausschusses		
Antrag genehmigt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Begründung:		
Ort, Datum Unterschrift Vorsitzende*r Prüfungsausschuss		