

Antrag auf Nachteilsausgleich

Eingangsstempel _____

1. Angaben zur Person

Name, Vorname	
Geburtsdatum, Geburtsort	
Straße, PLZ, Ort	
Matrikelnummer	Fachsemester
Studiengang	

2. Nachteilsausgleich

Aufgrund meiner Behinderung/chronischen Erkrankung/besonderen familiären Situation (Pflege naher Angehöriger, Kind(er)) beantrage ich Nachteilsausgleich (bei Bedarf Zusatzblatt beilegen):

Ich füge meinem Antrag folgende Nachweise bei:

- Ärztliches Gutachten
- Psychologisches/Sozialpädagogisches Gutachten
- Sonstiges

Hinweis: Der Antrag kann nur bearbeitet werden, wenn die geltend gemachten Gründe mit den entsprechenden Nachweisen aktenkundig und glaubhaft gemacht werden.

Hiermit beantrage ich nachfolgenden Nachteilsausgleich. Bitte geben Sie die genaue Form sowie die Art und Weise an.

Datum

Unterschrift
Antragstellende(r)

Antrag genehmigt

ja

nein

Datum

Unterschrift
Prüfungsausschussvorsitzende(r)