

## Antrag auf Nachteilsausgleich

Zur Vorlage beim Prüfungsausschuss des Fachbereichs

Angaben zur Person	
Nachname	Vorname
Straße, Haus-Nr.	Postleitzahl, Ort
Telefon/Mobil	E-Mail
Matrikel-Nr.	Studiengang
Aufgrund des folgenden Sachverhalts:	
<ul><li>□ Behinderung/Beeinträchtigung/chron</li><li>□ Schwangerschaft,</li><li>□ Betreuung von nahen Angehörigen (Ki</li><li>□ Sonstiges</li></ul>	
Persönliche Begründung für die Antragsstellun	g
Beantragte Maßnahmen/Modifikation	Entscheidung des Prüfungsausschusses



Nachweise liegen der beratenden Stelle¹ bzw. dem Prüfungsausschuss vor:
fachärztliche oder therapeutische Bestätigung/Attest, Schwerbehindertenausweis, Mutterpass,
Geburtsurkunde des Kindes, Pflegestufe der zu betreuenden Person
Datum, Unterschrift der antragstellenden Person
Empfehlung der beratenden Stelle¹ dem Antrag zu entsprechen
 Datum, Unterschrift der beratenden Stelle
Entscheidung des Prüfungsausschusses
Dem Antrag wird entsprechend der Entscheidung des Prüfungsausschusses (siehe Tabelle)
Für die Dauer der Eignungsfeststellungsprüfung
Für die Dauer des Bachelor-/Master-/Diplom-Studiums <sup>2</sup>
Für den Zeitraum
entsprochen.
☐ Dem Antrag kann nicht entsprochen werden
Begründung
Datum, Unterschrift Prüfungsausschuss

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Beauftragte für Studierende mit Beeinträchtigungen, Familienbeauftragte <sup>2</sup> Nicht Zutreffendes bitte durchstreichen