



Antrag auf Nachteilsausgleich

Student*in

Name, Vorname

Matrikelnummer

Studiengang

Fachsemester

E-Mail

Telefonnummer

Angaben zu den beantragten Maßnahmen des Nachteilsausgleichs ¹

1. _____
2. _____
3. _____

Begründung des Antrags

Beizufügende Nachweise

Fachärztliches Attest

Ort, Datum

X

Unterschrift Student*in

¹ Bitte konkretisieren Sie, welche Maßnahmen des Nachteilsausgleiches Sie beantragen. Geben Sie hierbei bitte an, auf welche Studien- und Prüfungsleistungen sich Ihre Maßnahmen beziehen. Die genannten Maßnahmen gelten nur als Indiz und sind keineswegs bindend und werden vom Prüfungsausschuss individuell geprüft. **Beachten Sie hierfür bitte das „Hinweisblatt – Beantragung eines Nachteilsausgleichs“!**

Prüfungsausschuss:

Datum

Name Bearbeiter*in

X

Unterschrift

*Bitte zurücksenden an die*den Prüfungsausschussvorsitzende*n.*