

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:

Behinderung/ Beeinträchtigung/ chronische Krankheit

Schwangerschaft

Betreuung von nahen Angehörigen (Kinder, Eltern, Großeltern, Partner*in)

Sonstiges

Persönliche Begründung für die Antragstellung

Beantragte Maßnahmen/Modifikation

Entscheidung des Prüfungsausschusses

Nachweise liegen der beratenden Stelle bzw. dem Prüfungsausschuss vor:

- Fachärztliche oder therapeutische Bestätigung/Attest
- Schwerbehindertenausweis
- Mutterpass
- Geburtsurkunde des Kindes
- Pflegegrad der zu betreuenden Person

Datum Handschriftliche Unterschrift oder digitale Unterschrift der antragstellenden Person

Empfehlung der beratenden Stelle¹, dem Antrag zu entsprechen

Datum FH-Signatur der beratenden Stelle

Entscheidung des Prüfungsausschusses

Dem Antrag wird entsprechend der Entscheidung des Prüfungsausschusses (siehe Seite 1)

für die Dauer der Eignungsfeststellung

für die Dauer des Bachelorstudiums Masterstudiums Diplomstudiums

für den Zeitraum von bis

entsprochen.

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Begründung

Datum FH-Signatur Prüfungsausschuss

¹ Beauftragter für Studierende mit Behinderungen und psychischen Beeinträchtigungen, Familienbeauftragte*r