

Antrag auf Nachteilsausgleich bei einer Prüfung

gemäß der gültigen ABPO

Anrede: Frau Herr Div.

Name: _____ Vorname: _____

Matrikelnr.: _____ Studiengang: _____

Erster Antrag Folgeantrag Attest liegt vor

Hiermit beantrage ich einen Nachteilsausgleich für folgende Prüfungen:

Modulnr.: _____ Modulname: _____ Prüfungsdauer (ohne Verlängerung) in Minuten: _____ Verlängerung der Bearbeitungszeit von: _____ min. Sonstiger Nachteilsausgleich: _____	Modulnr.: _____ Modulname: _____ Prüfungsdauer (ohne Verlängerung) in Minuten: _____ Verlängerung der Bearbeitungszeit von: _____ min. Sonstiger Nachteilsausgleich: _____
Modulnr.: _____ Modulname: _____ Prüfungsdauer (ohne Verlängerung) in Minuten: _____ Verlängerung der Bearbeitungszeit von: _____ min. Sonstiger Nachteilsausgleich: _____	Modulnr.: _____ Modulname: _____ Prüfungsdauer (ohne Verlängerung) in Minuten: _____ Verlängerung der Bearbeitungszeit von: _____ min. Sonstiger Nachteilsausgleich: _____
Modulnr.: _____ Modulname: _____ Prüfungsdauer (ohne Verlängerung) in Minuten: _____ Verlängerung der Bearbeitungszeit von: _____ min. Sonstiger Nachteilsausgleich: _____	Modulnr.: _____ Modulname: _____ Prüfungsdauer (ohne Verlängerung) in Minuten: _____ Verlängerung der Bearbeitungszeit von: _____ min. Sonstiger Nachteilsausgleich: _____
Modulnr.: _____ Modulname: _____ Prüfungsdauer (ohne Verlängerung) in Minuten: _____ Verlängerung der Bearbeitungszeit von: _____ min. Sonstiger Nachteilsausgleich: _____	Modulnr.: _____ Modulname: _____ Prüfungsdauer (ohne Verlängerung) in Minuten: _____ Verlängerung der Bearbeitungszeit von: _____ min. Sonstiger Nachteilsausgleich: _____
Modulnr.: _____ Modulname: _____ Prüfungsdauer (ohne Verlängerung) in Minuten: _____ Verlängerung der Bearbeitungszeit von: _____ min. Sonstiger Nachteilsausgleich: _____	Modulnr.: _____ Modulname: _____ Prüfungsdauer (ohne Verlängerung) in Minuten: _____ Verlängerung der Bearbeitungszeit von: _____ min. Sonstiger Nachteilsausgleich: _____
Modulnr.: _____ Modulname: _____ Prüfungsdauer (ohne Verlängerung) in Minuten: _____ Verlängerung der Bearbeitungszeit von: _____ min. Sonstiger Nachteilsausgleich: _____	Modulnr.: _____ Modulname: _____ Prüfungsdauer (ohne Verlängerung) in Minuten: _____ Verlängerung der Bearbeitungszeit von: _____ min. Sonstiger Nachteilsausgleich: _____

Das fachärztliche Attest liegt dem Antrag im Original bei!

Datum / Unterschrift Studierende/r: _____

Beschluss des Prüfungsausschuss: _____

Genehmigt: (Art und Umfang des Ausgleichs) _____

Nicht Genehmigt: (Begründung) _____
