

Vorname und Nachname Antragsteller/-in:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl

Ort

Matrikelnummer:

Studiengang:

Prüfungsausschuss des Fachbereichs

Hochschulring 1
15745 Wildau

Wildau, den

**Antrag auf Nachteilsausgleich für Studierende mit Behinderung, chronischen Krankheiten
oder mit anderen ebenso schwerwiegenden Gründen**

Sehr geehrter Prüfungsausschuss,
ich beantrage einen Nachteilsausgleich.

Aufgrund meiner Situation erlebe ich folgende Nachteile in Prüfungen:

Ich beantrage den Nachteilsausgleich in Form von:

Antrag auf Nachteilsausgleich für Studierende mit Behinderung, chronischen Krankheiten oder mit anderen ebenso schwerwiegenden Gründen

Dieser Antrag betrifft folgende Prüfungen:

Semester	Modul	Prüfungsform	Prüfer/in
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Meinem Antrag füge ich den ärztlichen Nachweis bzw. die Stellungnahme des psychotherapeutischen Fachpersonals mit Datum vom bei.

Mit freundlichem Gruß

Vorname und Nachname Antragsteller/in:

Unterschrift