



PA21 Antrag auf Nachteilsausgleich

Name: Vorname:

Matrikelnummer:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail: @ostfalia.de

WIV TLM LIM LIP
 PVM SPM TM SRM
 MD MM MK MVL
 FDU UQM VM KM
 MPM WMV LOM LOP
 SBD MGI STM

Grund der Antragstellung:

- Behinderung/Chronische körperliche oder psychische Erkrankung
- Schwangerschaft
- Betreuung/Pflege von nahen Angehörigen (Kind/er, Eltern, Großeltern, Lebenspartner/in)

Begründung:

Studien-/Prüfungsrelevante Einschränkungen/Symptome:

Kompensierende Maßnahmen im Studium/in der Prüfung:

Inhalt der Antragstellung:

Modul	Datum	beantragte Maßnahme
Modul	Datum	beantragte Maßnahme

Ein Beratungsgespräch hat stattgefunden

Nachweis über Art und Umfang der Benachteiligung/des Schutzanspruchs wurden beigefügt

Hinweise zu den Nachteilsausgleichen finden Sie hier:



Datum: Unterschrift Antragsteller/in:

Antrag genehmigt durch den Prüfungsausschuss:

Datum: _____ Unterschrift des PA: _____