

Eingang: _____

Antrag auf Nachteilsausgleich in Prüfungen

(der Antrag mit Anlage ist während der Prüfungsanmeldefrist im zuständigen Studienbüro/Prüfungsamt abzugeben!)

Name, Vorname: _____
Mail: _____
Telefon: _____
Studiengang: _____
Matrikelnummer: _____

Wegen meiner Behinderung/chronischen Erkrankung bin ich nicht in der Lage, die Prüfung in der vorgesehenen Form/innerhalb der Prüfungsfristen zu erbringen und beantrage einen Nachteilsausgleich:

- Schreibzeitverlängerung in %: _____
- Benötigte Hilfsmittel:

- Sonstiges/Anmerkungen:

Der Nachteilsausgleich wird beantragt:

- Unbefristet
- Befristet bis: _____

Anlage: Ärztliche Bescheinigung

Ort, Datum: _____

Unterschrift Studierende*r

Genehmigung Prüfungsausschuss

am _____ Unterschrift: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die Inklusionsberatung über meinen Antrag informiert wird:

Ja Information an Inklusionsberatung

Nein

Information erfolgte am _____

Zum Nachteilsausgleich beraten Sie gerne:

Benjamin Thomas, Tel.: 0234 36186 9985, Debora Occhipinti 0234 36186 9253,

Maren Daniel 0234 36186 9741

(nähere Informationen: <https://www.hochschule-bochum.de/zsb/uebersicht/inklusion/>)