

Eingang: _____

Antrag auf Nachteilsausgleich in Prüfungen

(Der Antrag mit Anlage ist während der Prüfungsanmeldefrist im zuständigen Studienbüro 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 der Inklusionspartner über meinen Antrag informiert wird:

Ja Information an Inklusionspartner am _____ Nein

Zum Nachteilsausgleich berät Sie gerne: Benjamin Thomas, Tel.: 0234-3210629, <https://www.hochschule-bochum.de/studium-lehre/im-studium/studieren-in-vielfalt/studieren-mit-behinderung/>

