

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



Vorname und Nachname Antragsteller/-in:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl

Ort

Matrikelnummer: (optional)

Studiengang:

Potsdam, 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