

## Antrag auf Nachteilsausgleich für Modulprüfungen

**Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen**

Ich, Frau/ Herr \_\_\_\_\_ im \_\_\_\_\_ Semester Matrikelnummer \_\_\_\_\_  
 E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_  
 Studiengang \_\_\_\_\_

beantrage für folgende Modulprüfungen (MP) im WiSe \_\_\_\_\_ SoSe \_\_\_\_\_ nachfolgend aufgeführten Nachteilsausgleich wegen Behinderung:

(Die Behinderung ist durch Kopie des Behindertenausweises und ärztlichem Attest zu belegen.)

Modulnr.	Bezeichnung des Moduls	Dozent/in	Datum der MP	Art der Behinderung	Folgender Nachteilsausgleich wird beantragt:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Studentin/ Student

\_\_\_\_\_  
genehmigt am

\_\_\_\_\_  
Vorsitzender der Prüfungskommission