Folkwang
Universität der Künste

Antrag auf Nachteilsausgleich bei Prüfungen für Studierende mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen

1. AntragstellerIn

Nach-, Vorname
Last name, first name

☐ Frau | *Ms* ☐ Herr | *Mr*

Matrikelnummer
Student ID

Studiengang, Abschlussart | *Study course, degree*

***ggf. Hauptfach, Studienrichtung, etc.** | ***if applicable, main subject, specialisation, etc.*

Ich beantrage aufgrund einer nachgewiesenen Behinderung und/oder chronischen Erkrankung für **folgende Prüfung/en** im oben genannten Studiengang den/die **folgenden Nachteilsausgleich/e** (vgl. Leitfaden zum Antrag; bitte Teil-/Modulname, Semester, Prüfungstermin, -dauer und Prüfende/n angeben):

Ort, Datum

Unterschrift AntragstellerIn

Folkwang
Universität der Künste

AntragstellerIn
Applicant

Matrikelnummer
Student ID

2. Beauftragte/r für Studierende mit Behinderung oder chronischer Erkrankung

Mir liegen **folgende Nachweise** vor:

Auf Basis dieser Unterlagen befürworte ich den obigen Antrag ☐ **nicht** / ☐ **vollumfänglich /**
☐ **unter folgenden Bedingungen:**

Ort, Datum — Unterschrift Beauftragte/r

3. Prüfungsausschuss

Der Nachteilsausgleich wird ☐ **nicht bewilligt /** ☐ **bewilligt /**
☐ **bewilligt mit folgender Maßgabe:**

Ort, Datum — Unterschrift Prüfungsausschussvorsitzende/r

falls ☐ Veto von Beauftragter/m, dann 4. Rektor/in

Der Nachteilsausgleich wird ☐ **nicht bewilligt /** ☐ **bewilligt /**
☐ **bewilligt mit folgender Maßgabe:**

Ort, Datum — Unterschrift Rektor/in

5. Geschäftsstelle der Prüfungsausschüsse & Prüfungsamt

☐ Bescheid wurde Antragsteller/in zugeschickt am: _____

☐ Bearbeiteter Antrag ist bei Prüfungsamt eingegangen am: _____