



Antrag auf Nachteilsausgleich

Matrikelnummer:.....

Studiengang:.....

Name, Vorname:.....

Adresse:

E-Mailadresse:.....

Dauer der gesundheitlichen Beeinträchtigung
(dauerhaft, vorübergehend, Prognose?):

.....

Antrag an den Prüfungsausschuss:

.....
.....
.....

Beantragte Maßnahmen des Nachteilsausgleichs

Hinweis:

Bitte geben Sie so genau wie möglich an, welche Art des Nachteilsausgleiches Sie beantragen und auf welche Studiensituation/en bzw. Prüfungsleistung/en sich dieser bezieht.

Begründung des Antrages

Bitte erklären Sie, wie sich Ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen konkret auf Ihr Studium bzw. die Prüfungen auswirken und warum Sie sich daher in Ihrer gleichberechtigten Teilhabe am Studium benachteiligt fühlen. Ihre Erläuterungen müssen für Dritte gut nachvollziehbar sein.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Nachweise (zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ fachärztliches Attest
- ☐ Stellungnahme eines Psychologischen Psychotherapeuten/einer Psychologischen Psychotherapeutin
- ☐ Stellungnahme der Senatsbeauftragten für Studierende mit Behinderung und chronischen Erkrankungen der Universität Leipzig bzw. deren Mitarbeiterin
- ☐ Sonstiger: _____

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.

Ort, Datum.....

Unterschrift.....