



Universität Leipzig, Beauftragte für Studierende mit Behinderung und chronischen
Erkrankungen, Dittrichring 5-7, Raum 005, 04109 Leipzig

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.
