



Bitte senden Sie Ihren ausgefüllten Antrag an Ihren Prüfungsausschuss!

Antrag auf Nachteilsausgleich

Matrikelnummer: _____

Studiengang: _____

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

E-Mailadresse: _____

Dauer der gesundheitlichen Beeinträchtigung

(dauerhaft, vorübergehend, Prognose)

Antrag an den Prüfungsausschuss Ihres Studienfaches (Adresse):

Beantragte Maßnahmen des Nachteilsausgleichs

Hinweis:

Bitte geben Sie so genau wie möglich an, welche Art des Nachteilsausgleiches Sie beantragen und auf welche Studiensituation/en beziehungsweise 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.

Nachweise (zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ fachärztliches Attest

☐ Stellungnahme eines Psychologischen Psychotherapeuten oder 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.....

Bei Fragen zur Beantragung von Nachteilsausgleichen wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiterin der Senatsbeauftragten für Studierende mit Behinderung und chronischen Erkrankungen. Kontakt: uni-leipzig.de/+smb