

Technische Universität Dortmund
- Dez. 4.3 – Zentrale Prüfungsverwaltung -
Emil-Figge-Str. 61
D-44227 Dortmund

Studiengang:

Antrag auf Nachteilsausgleich

Persönliche Angaben

Name:

Vorname:

Matrikel-Nr.:

Straße, Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Telefon/Handy:

Email:

Hiermit beantrage ich

für den Abschluss:

des Studienfaches

den Nachteilsausgleich auf Grund folgender gesundheitlicher Beeinträchtigungen (z. B. Sinnesbeeinträchtigung, körperliche oder psychische Beeinträchtigung, chronische Erkrankung etc.):

Durch die erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigung ergeben sich folgende Auswirkungen auf mein Studium:

Die gesundheitliche Beeinträchtigung und die Auswirkungen auf mein Studium werden durch ein fachärztliches oder psychotherapeutisches Attest belegt.

Antrag auf Nachteilsausgleich

Name:

Vorname:

Matrikel-Nr.:

Auf Grund des fachärztlichen oder psychotherapeutischen Attestes beantrage ich folgende Maßnahmen für die Durchführung der Prüfung:

Der Antrag soll

grundsätzlich für die Dauer des oben genannten Studiengangs oder
zunächst befristet für das

WiSe

SoSe

für alle Prüfungen der folgenden Erbringungsform(en) gelten:

Klausur

mündliche Prüfung

andere schriftliche Prüfungsleistungen (z.B. Hausarbeiten, Portfolios etc.)

sonstige Form:

Oder der Antrag soll einmalig für die folgende Prüfung gelten:

Prüfung laut Prüfungsordnung

Prüfungsart

Prüfungsdatum und Prüfer*in

Ort und Datum

Unterschrift

Vom Prüfungsausschuss auszufüllen:

Name:

Vorname:

Matrikel-Nr.:

Antrag auf Nachteilsausgleich vom:

für den Abschluss:

des Studienfaches

Ja, folgende Maßnahmen zum Nachteilsausgleich werden bewilligt:

grundsätzlich für die Dauer des oben genannten Studiengangs oder
zunächst befristet für das

WiSe

SoSe

Nein, die beantragten Maßnahmen werden nicht bewilligt.

Begründung:

Datum

Unterschrift

Dezernat 4.3 – Zentrale Prüfungsverwaltung

Eingang/Verarbeitung

Bescheid an Studierende

Ggf. Nachricht an Prüfende

z. d. A.