



PA21 Antrag auf Nachteilsausgleich

Name:

Vorname:

Matrikelnummer:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail: @ostfalia.de

- WIV TLM LIM LIP
- PVM SPM TM SRM
- MD MM MK MVL
- FDU UQM VM KM
- MPM WMV LOM LOP
- SBD MGI STM

Erstantrag

Folgeantrag

Grund der Antragstellung:

Kompensierende Maßnahmen im Studium/in der Prüfung:

Inhalt der Antragstellung:

Modul	Datum	beantragte Maßnahme
Modul	Datum	beantragte Maßnahme
Modul	Datum	beantragte Maßnahme
Modul	Datum	beantragte Maßnahme
Modul	Datum	beantragte Maßnahme

Nachweis über Art und Umfang der Benachteiligung/des Schutzanspruchs wurden beigefügt/wurden dem Erstantrag beigefügt.

Hinweise zu den Nachteilsausgleichen finden Sie hier:



Datum: Unterschrift Antragsteller/in:

Antrag genehmigt durch den Prüfungsausschuss:

Datum: _____ Unterschrift des PA: _____