

An die vom Dekanat beauftragte Person
- im jeweiligen Fachbereich -

Vor- und Nachname Antragsteller*in: _____

Studiengang / Fachsemester: _____

E-Mail-Adresse (@fb.hs-fulda.de): _____

Matrikel-Nr.: _____

**Antrag auf Nachteilsausgleich bei Prüfungen gemäß § 21 Abs. 1 ABPO
für das Semester _____**

Sehr geehrte*r _____
aufgrund meiner chronischen Erkrankung/Behinderung bin ich nicht in der Lage die
Prüfungen in der vorgeschriebenen Form oder Dauer abzulegen, dies betrifft:

Modul(e)	Prüfer*in	Prüfungsform	Prüfungsdauer

Begründung (genaue Beschreibung der Einschränkung):

Ich beantrage daher folgenden Nachteilsausgleich in Form von:

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller*in

Anlage (geeigneter Nachweis):

Dem Antrag wird stattgegeben:

ja nein

teilweise

Der Antrag ist gültig:

einmalig

dauerhaft

Bemerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift Antragprüfer*in