

Europa-Universität Viadrina Frankfurt (Oder)
Juristische Fakultät/
Kulturwissenschaftliche Fakultät



*An den Prüfungsausschuss des Bachelorstudiengangs Recht und Politik
- einzureichen im Dekanat der Juristischen Fakultät, HG 124 -*

**Antrag auf Nachteilsausgleich
bei Studien- und Prüfungsleistungen**

gem. § 19 Allgemeine Studien- und Prüfungsordnung (ASPO)

Name, Vorname: Matrikel-Nr.:

Straße, Nr.:

PLZ: Wohnort:

Uni-E-Mail-Adresse: Tel.

Das WiSe / SoSe ist mein Fachsemester.

Aufgrund meiner Behinderung/chronischen Erkrankung:
(Art und Grad der Behinderung/chronischen Erkrankung)

.....
.....
.....

die folgende Auswirkung auf die Fähigkeit zum Ablegen von Prüfungen hat:

.....
.....
.....

beantrage ich folgenden Nachteilsausgleich:

(Form und Art des Nachteilsausgleichs, z.B. Verlängerung der Bearbeitungszeit um n-%)

.....
.....
.....

für die in der Anlage aufgeführten Prüfungsleistungen,

für die Dauer von:

(z.B. Angabe der Fachsemester):

.....

Diesem Antrag sind beigefügt:

- Nachweis der Behinderung (*fakultativ*) ja wird bis nachgereicht
- fachärztliche Bescheinigung ja wird bis nachgereicht
(*der Prüfungsausschuss behält sich die nachträgliche Anforderung eines amtsärztlichen Attests vor*)

.....
Datum

.....
Unterschrift Studierende/r

HINWEIS:

Anträge auf Nachteilsausgleich sind möglichst spätestens sechs Wochen vor dem Prüfungstermin und spätestens zwei Wochen vor der jeweiligen Prüfungsausschusssitzung im Dekanat der Juristischen Fakultät einzureichen. Andernfalls könnte der beantragte Nachteilsausgleich nicht mehr rechtzeitig bewilligt werden.

Die Organisation von Nachteilsausgleichen ist mit einem hohen Verwaltungs- und Organisationsaufwand verbunden. Bitte wenden Sie sich daher unverzüglich nach der Entscheidung des Prüfungsausschusses über den gewährten Nachteilsausgleich an das zuständige Sekretariat des Aufgabenstellers oder der Aufgabenstellerin. Wenn Sie die Inanspruchnahme nicht rechtzeitig anzeigen, kann die notwendige Organisation des Nachteilsausgleichs durch das zuständige Sekretariat u.U. nicht mehr gewährleistet werden.

.....
Datum

.....
Unterschrift Antragsteller/in

Ich bin mit der Weitergabe von Informationen zu meinem Antrag auf Nachteilsausgleich, insbesondere zur Organisation von Klausuraufsichten u.ä. an die Beratungsstelle der Universität für gesundheitlich Beeinträchtigte einverstanden:

.....
Datum

.....
Unterschrift Antragsteller/in

Bearbeitungsvermerk des Prüfungsausschusses:

- genehmigt nicht genehmigt

.....
Datum

.....
Prüfungsausschuss

Anlage zum Antrag auf Nachteilsausgleich

Liste der Studien- und Prüfungsleistungen, für die der Nachteilsausgleich beantragt wird

Name, Vorname:Matrikel-Nr.:

Straße, Nr.:

PLZ: Wohnort:

E-Mail-Uni-Adresse:

Nr.	Lehrveranstaltung	Leistung (z. B. Klausur / Hausarbeit / mündliche Prüfung)	Beantragter Nachteilsausgleich	Interner Vermerk des PA

.....
Datum

.....
Unterschrift Studierende/r