



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 ☐ STS ☐

NaMo ☐ DS ☐ MKT ☐ AP ☐

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: _____