

PA21 Antrag auf Nachteilsausgleich

Name:

Vorname:

Matrikelnummer:

 / / / / / / WIV TLM LIM LIP

Straße:

PVM SPM TM SRM

PLZ, Ort:

MD MM MK MVL

Telefon:

FDU UQM VM KM

E-Mail:

 @ostfalia.deMPM WMV LOM LOP

SBD MGI DS

STM MKT AP

Erstantrag

Folgeantrag

Grund der Antragstellung:

Kompensierende Maßnahmen im Studium/in der Prüfung:

Inhalt der Antragstellung:

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: _____