

Antrag auf Nachteilsausgleich Eignungsprüfung

Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Bewerbungsnummer: _____

Studiengang: _____

Hauptfach: _____

Bachelor: Master: Konzertexamen: Promotion:

Emailadresse: _____

Begründung des Antrags:

Wie wirken sich Ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf Aufnahmeprüfung aus?

Hinweis: Sie müssen keine konkreten Diagnosen nennen. Wichtig ist nur, dass Sie für Dritte nachvollziehbar darstellen, welche Erschwernisse und Nachteile Ihnen im Zusammenhang mit Ihren gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Studium entstehen.

Art des Ausgleichs:

Bitte geben Sie nach Rücksprache mit dem/der Arzt*in so genau wie möglich an, wie der Nachteilsausgleich ausgestaltet sein soll und auf welche Studiensituation/en und/oder Prüfungsleistung/en sich dieser bezieht (z. B. künstlerisch-praktische Prüfung, Lehrprobe, Klausur).

Hinweis: Erforderliche Modifikationen können beispielsweise Zeitverlängerungen, Durchführung von Prüfungsleistungen in einem gesonderten Raum oder alternative Prüfungsleistungen sein.

Angaben zur Prüfung:

Prüfungstermin: _____

Prüfungsfach: _____

Bitte fügen Sie dem Antrag ein ärztliches Attest bei.

Datum, Unterschrift Antragsteller*in

Datum, Unterschrift Beauftragte*r

Bitte schicken Sie Ihren Antrag per E-Mail an: chancengerecht.studieren@hfmt-koeln.de