

Anlage 2

Attest für die Beantragung eines Nachteilsausgleichs

An den Prüfungsausschuss des Studiengangs

der Universität Vechta

Angaben zur/zum Studierenden

Name, Vorname: Geboren am: Anschrift: Telefon: Emailadresse: Matrikelnummer:

Wegen eines Handicaps, einer längeren chronischen Erkrankung oder anderweitigen Beeinträchtigung ist die oben benannte Person nicht in der Lage, zeitabhängige Studien- und Prüfungsleistungen in der vorgeschriebenen Zeit oder in der vorgeschriebenen Form zu erbringen bzw. abzulegen.

Art des Handicaps, der Beeinträchtigung oder chronischen Erkrankung

Beeinträchtigung der Mobilität, des Sehens, Hörens oder Sprechens

Chronische physische Erkrankung

Chronische psychische Erkrankung

Lernstörung

Sonstiges, und zwar

Das Handicap, die Beeinträchtigung oder Erkrankung wirkt sich wie folgt auf Prüfungen aus (Stichworte):

Empfehlungen zur Kompensation der Benachteiligung (sofern möglich):

Dauer

Das vorliegende Attest gilt zunächst bis:

Das vorliegende Attest gilt unbefristet

Datum, Unterschrift/Stempel der/s Amtsärztin/Amtsarztes oder der/s behandelnden Fachärztin/Facharztes