

abw@stbk-niedersachsen.de

Daten Antragsteller/in

Name	Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	
Straße	Postleitzahl	Ort
Telefon	E-Mail	
Prüfungsort (Ort der Berufsschule – nur bei ZP und AP)		

➤ Zwischenprüfung (Frühjahr) Kalenderjahr: _____

➤ Abschlussprüfung ☐ Sommer ☐ Winter Kalenderjahr: _____

➤ Fortbildungsprüfung ☐ FALF ☐ FAITH ☐ FALG ☐ FARC ☐ Fachwirt
Kalenderjahr: _____

- ☐ Schreibzeitverlängerung
- ☐ Verlängerung Einlesezeit / Verlängerung Vorbereitungszeit (ausschließlich mündliche Prüfung)
- ☐ Hilfsmittel _____
- ☐ Ggf. weitere Maßnahmen

- ☐ In der Schule wurde folgendes gewährt _____

Diesem Antrag ist ein (fach-)ärztliches Attest beigelegt, welches die Diagnose, die einen Nachteilsausgleich rechtfertigt, enthält sowie eine Empfehlung, in welchem Umfang (z.B. Schreibzeitverlängerung, etc.) ein Nachteilsausgleich für o.g. angekreuzte Prüfung/en gewährt werden sollte.

Ort, Datum

Unterschrift Antragssteller/in (Prüfling)

(Dieser Antrag ist spätestens mit Anmeldung zur betreffenden Prüfung einzureichen!)