

Absender (Angaben in Druckbuchstaben)

Datum

.....
Name, Vorname

.....
Studiengang

.....
Straße, Nr.

.....
Matrikel

.....
Matrikel-Nr.

.....
PLZ, Ort

.....
e-Mail

.....
(freiwillig Tel.-Nr.)

Hochschule Zittau/Görlitz
Fakultät M
Vorsitzender Prüfungsausschuss
Herrn Prof. Dr. rer. nat. T. Schönmuth
Schwenninger Weg 1

02763 Zittau

Antrag auf Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs

Hiermit beantrage ich Nachteilsausgleich bezüglich

- Modul:
- Studienabschnitt:
- Sonstiges:

Erläuterungen (Zeitraum, Art des gewünschten Ausgleichs, ...):

Anlagen ¹⁾

.....
Datum

.....
Unterschrift Antragsteller

Vom Vorsitzenden des Prüfungsausschusses der Fakultät auszufüllen:

Dem Antrag wird zugestimmt nicht zugestimmt (ggf. Begründung auf der Rückseite)

.....
Datum

.....
Unterschrift Obmann PA

Stempel

Kopie an:

¹⁾ (ärztliche Atteste, Bescheinigungen etc. sind beizufügen)