

Antrag auf Nachteilsausgleich

bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Gesellenprüfung Teil 1 _____
Datum

Gesellenprüfung Teil 2 _____
Datum

Name, Vorname: _____

geboren am: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Ausbildungsbetrieb: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

1. Beschreibung der Behinderung nach Sozialgesetzbuch IX

(Attest bzw. Gutachten eines Facharztes mit einschlägiger Fachrichtung beizufügen).

2. Konkrete Nennung des beantragten Nachteilsausgleichs

Hinweis: Die Empfehlungen ergeben sich bestenfalls aus einem fachärztlichen Attest, dass die konkreten Prüfungsabläufe und -anforderungen sowie die Auswirkungen der Behinderung auf die Prüfung berücksichtigt und

nach Möglichkeit durch Belege bzw. Stellungnahmen aus Unternehmen, Berufsschule usw. unterstützt wird:
z. B. Dauer der Prüfung, technische Hilfsmittel, Gebärdendolmetscher

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers