

## Antrag auf Nachteilsausgleich bei Prüfungen

gemäß BBiG § 65 (1) bzw. der Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschluss- und Umschulungsprüfungen (PO § 16 Besondere Verhältnisse behinderter Menschen) bzw. der Fortbildungs- und AEVO-Prüfungen (FPO § 15 Nachteilsausgleich für behinderte Menschen)

### Bezeichnung des Ausbildungsberufes/der Fortbildungsprüfung:

<b>Antragssteller</b>	<b>Ausbildungsbetrieb/Bildungseinrichtung</b>
(Name, Vorname, Anschrift)	(Anschrift, Kontakt zum Ausbilder)
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Identnummer/ Azubi-Nr.: _____	_____
Geburtsdatum: _____	_____
Telefon: _____	Telefon: _____

### Beschreibung der Behinderung/chronischen Erkrankung:

(fachärztliches Attest bzw. Gutachten beifügen, aktuell i.d.R. nicht älter als zwei Jahre)

### Konkrete Nennung des beantragten Nachteilsausgleichs:

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

### Datenschutzerklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen gespeichert und statistisch ausgewertet werden. Die personenbezogenen Daten dienen der ordnungsgemäßen Bearbeitung meines Antrages.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers