

Antrag auf Nachteilsausgleich bei Prüfungen

IHK zu Lübeck
Aus- und Weiterbildung
Fackenburger Allee 2
23554 Lübeck

Fax-Nr.: 0451 6006-992
E-Mail: service@ihk-luebeck.de

Gemäß § 16 der Prüfungsordnung der IHK zu Lübeck sollen die besonderen Verhältnisse behinderter Menschen bei der Prüfung berücksichtigt werden. Dies gilt insbesondere für die Dauer der Prüfung, die Zulassung von Hilfsmitteln und die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen Dritter wie Gebärdensprachdolmetscher für hörbehinderter Menschen (§ 65 Abs. 1 BBiG). Die Art der Behinderung ist mit dem Antrag auf Zulassung zur Prüfung (§ 12) nachzuweisen.

Angaben zur Person

Name, Vorname: _____
Straße, Haus-Nr.: _____ PLZ, Ort: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Telefon tagsüber: _____ E-Mail: _____

Angaben zur Prüfung

Berufsbezeichnung: _____

Prüfungstermin:

<input type="checkbox"/> Zwischenprüfung	<input type="checkbox"/> Frühjahr	oder	<input type="checkbox"/> Herbst	Jahr: _____
<input type="checkbox"/> Abschlussprüfung	<input type="checkbox"/> Frühjahr	oder	<input type="checkbox"/> Herbst	Jahr: _____
	<input type="checkbox"/> Sommer	oder	<input type="checkbox"/> Winter	Jahr: _____
<input type="checkbox"/> Fortbildungsprüfung	<input type="checkbox"/> Frühjahr	oder	<input type="checkbox"/> Herbst	Jahr: _____

Angaben zur Einschränkung (Bitte kurz erläutern)

Hör-Behinderung: _____

Körperliche Behinderung: _____

Psychische Behinderung: _____

Seh-Behinderung: _____

Sonstige: _____

**Konkrete Nennung des erbetenen Nachteilsausgleichs
(z. B. benötigte technische Hilfsmittel, Verlängerung der Prüfungszeit)**

**Nachweis zur Behinderung ist in Kopie als Anlage beizufügen
(Nachweis nicht älter als 2 Jahre)**

1. fachärztliches Attest **oder** psychologische Stellungnahme
2. Schwerbehinderten-Ausweis
3. durch den behandelnden Facharzt empfohlene Maßnahme für die Prüfung

4. mindestens eine Stellungnahme von:

dem Ausbildungsbetrieb

der Berufsschule

dem Bildungsträger

Ort, Datum

Unterschrift des/der Antragsstellers/-in