

**Industrie- und Handelskammer
Magdeburg
Alter Markt 8
39104 Magdeburg**

Bitte reichen Sie Ihren Antrag
auf Nachteilsausgleich mit der
Anmeldung zur Prüfung bzw.
mit Ihrem Antrag auf Zulassung zur
Feststellung der beruflichen
Handlungsfähigkeit
(Validierungsverfahren) ein!

Antrag auf Nachteilsausgleich

während einer Prüfung gemäß § 65 Absatz 1 Berufsbildungsgesetz (BBiG) in Verbindung mit der Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschluss- und Umschulungsprüfungen (APO § 16) bzw. der Prüfungsordnung für die Durchführung Fortbildungsprüfungen und Prüfungen nach der Ausbilder-Eignungsverordnung (AEVO) (FPO §15).

während eines Validierungsverfahrens zur Feststellung der beruflichen Handlungsfähigkeit gemäß §§ 50b ff. BBiG

Bezeichnung des angestrebten Abschlusses:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

E-Mail:

Tel.:

Beschreibung der Behinderung/chronischen Erkrankung:

Hiermit beantrage ich einen Nachteilsausgleich. Dem Antrag liegt ein fachärztliches Gutachten/Attest mit Erläuterungen zur vorliegenden Behinderung/chronischen Erkrankung bei.

Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und eingereichten Unterlagen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme der gegebenen Hinweise und den Erhalt des Beiblattes „Informationspflichten Nachteilsausgleich“.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/Antragstellerin

ggf. Unterschrift/-en gesetzliche/-r Vertreter/Vertreterinnen