



Antrag auf Nachteilsausgleich für behinderte Menschen in Prüfungen

Prüfungstermin:

Industrie- und Handelskammer
Cottbus
Geschäftsbereich
Aus-/Weiterbildung und
Fachkräftesicherung
Goethestr. 1
03046 Cottbus

Name, Vorname	
Straße	
PLZ	Wohnort
Tel. privat:	Geb.-datum
E-Mail	

Ausbildungsberuf/Fortbildung

Der Antrag betrifft:

die Kenntnisprüfung

die Fertigungsprüfung

die mündliche Prüfung/das Fachgespräch

Um welche Art der Behinderung handelt es sich?

Wie beeinträchtigt die Behinderung den Antragsteller bei der Prüfung?

Welche Maßnahmen zum Ausgleich der Behinderung schlägt der Antragsteller vor?

Nachweise (**Bitte die Informationen auf unserer Internetseite beachten!**)

ein Gutachten über den Nachweis der Behinderung ist beigelegt

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers (oder gesetzlichen Vertreters)