

Antrag zur Gewährung besonderer Hilfen zum Nachteilsausgleich

Prüfling/Antragsteller/in – Name, Vorname
Geburtsdatum
Prüfungstermin

Mitantragsteller/in – Name, Vorname
Funktion

Zuständige Bezirksstelle der Ärztekammer Niedersachsen
Name, Vorname Ansprechpartner/in
Telefon, Fax, E-Mail

Stichwortartige Beschreibung der Behinderung/Behinderungsauswirkung

.....

.....

.....

Wir beantragen entsprechend § 65/66 BBiG, § 42I/m HwO besondere Hilfen zum Nachteilsausgleich im Speziellen:

Besondere Organisation der Prüfung

.....

.....

Besondere Gestaltung der Prüfung

.....
.....

Gewährung spezieller Hilfen

.....
.....

Wir können hierzu folgende Ressourcen bereitstellen:

.....
.....

Gutachterliche Stellungnahme

Die Behinderung wurde wie beschrieben festgestellt.

Die beantragten Hilfen stellen einen angemessenen Nachteilsausgleich dar.

Begutachtet durch:

.....
Datum

.....
Unterschrift Gutachter

.....
Datum

.....
Unterschrift Prüfling/Antragsteller/in

.....
Datum

.....
Unterschrift Mitantragsteller/in