

Gottfried Wilhelm Leibniz Bibliothek
Zentrum für Aus- und Fortbildung
Waterloostr. 8
30169 Hannover

E-Mail: zustaendigestelle@gwlb.de

Antrag auf Nachteilsausgleich

(Spätestens bis zum Anmeldeschluss für die Prüfung bei der zuständigen Stelle zu stellen.
Nur vollständige Antragsunterlagen können bearbeitet werden!)

im Ausbildungsberuf **Fachangestellte/r für Medien- und Informationsdienste** in Niedersachsen

Fachrichtung: ☐ Archiv ☐ Bibliothek ☐ Bildagentur ☐ Information und Dokumentation ☐ Medizinische Dokumentation

Ich beantrage einen Nachteilsausgleich

☐ in der Zwischenprüfung am (Monat/Jahr):

☐ in der Abschlussprüfung am (Sommer oder Winter/Jahr):

Angaben zum antragstellenden Prüfling

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum (dd/mm/yyyy)

Art der Behinderung/Beeinträchtigung und benötigte Ausgleichsmaßnahmen

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Wie beeinträchtigt Sie Ihre Behinderung/Beeinträchtigung bei der Prüfung?

Hinweis: Sie können beim Ausfüllen dieses Antrags die Schwerbehindertenvertretung in Ihrer Behörde um Beratung bitten.

Welche Ausgleichsmaßnahmen benötigen Sie zum Ausgleich Ihrer Beeinträchtigung?

(Z.B. Zeitverlängerung, Zulassung von Hilfsmitteln,...)

- ☐ Ein fachärztliches/psychologisches Attest über Art und Umfang meiner Behinderung/Beeinträchtigung, soweit die Angabe für den Nachteilsausgleich erforderlich ist, einschließlich einer Empfehlung über Ausgleichsmaßnahmen (Nachteilsausgleiche) ist dem Antrag beigelegt.

Oder:

Gutachterliche Bestätigung (vom Begutachtenden auszufüllen)

- ☐ Die o.g. Angaben des antragstellenden Prüflings zur Behinderung/Beeinträchtigung werden bestätigt. Die von ihm genannten Ausgleichsmaßnahmen werden empfohlen bzw. wie folgt konkretisiert:

.....

.....

.....

.....

.....
Datum, Unterschrift / Stempel der begutachtenden fachärztlichen/psychologische Praxis, des sonderpädagogischen Instituts oder vergleichbarer fachkundiger Einrichtungen

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass relevante Informationen über meine Benachteiligung an die an der Durchführung der Prüfung beteiligte Personen kommuniziert werden (insbesondere Aufsichtspersonen bei Prüfungen und Prüfende des Prüfungsausschusses).

.....
Datum, Unterschrift der auszubildenden Person

Die Angaben werden bestätigt

.....
Datum, Unterschrift der Schwerbehindertenvertretung
(sofern beteiligt)

.....
Datum, Unterschrift der Ausbilderin/des Ausbilders