

Antrag auf Nachteilsausgleich bei Prüfungen

IHK zu Flensburg
Aus- und Weiterbildung
Heinrichstraße 28 - 34
24937 Flensburg

Fax-Nr.: 0461 806-9806
E-Mail: service@flensburg.ihk.de

Gemäß § 16 der Prüfungsordnung der IHK zu Flensburg 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 Hilfsleistungen Dritter wie Gebärdensprachdolmetscher für hörbehinderte Menschen (§ 65 Abs. 1 BBiG). Die Art der Behinderung ist mit dem Antrag auf Zulassung zur Prüfung (§ 12) nachzuweisen.

Angaben zur Person

Name, Vorname:	<input type="text"/>		
Straße, Haus-Nr.:	<input type="text"/>	PLZ, Ort:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Geburtsort:	<input type="text"/>
Telefon tagsüber:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>

Angaben zur Prüfung

Berufsbezeichnung:

Prüfungstermin:

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

Angaben zur Einschränkung (Bitte kurz erläutern)

Hör-Behinderung:

Körperliche
Behinderung:

Psychische
Behinderung:

Seh-
Behinderung:

Sonstige:

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

**Nachweis zur Behinderung ist in Kopie als Anlage beizugügen
(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 Antragssteller/-in