



Südbayerische Innung für
Augenoptik und Optometrie
Prüfeninger Str. 72
93049 Regensburg

Antrag auf Nachteilsausgleich – An den Prüfungsausschuss der Innung

Antragsteller

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mail: _____

Hiermit beantrage ich für folgende Prüfung den Nachteilsausgleich:

Teil 1 der Gesellenprüfung

Teil 2 der Gesellenprüfung

Begründung:

Ich bin auf Grund einer Behinderung bzw. längerfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht in der Lage, die Prüfungsleistung in der vorgeschriebenen Zeit oder Form zu erbringen.

Es liegt folgende Behinderung/Beeinträchtigung vor:

Als Nachweis über die Behinderung/Beeinträchtigung füge ich hier bei:

Kopie Schwerbehindertenausweis oder

ärztliche Bescheinigung über die Behinderung und

eine ärztliche Bescheinigung des behandelnden Facharztes/Psychologen/ärztlichen Psychotherapeuten mit den beantragten Maßnahmen für die aktuell anstehende Prüfung (nicht älter als 12 Monate).

Welche Maßnahme beantragen Sie für die einzelnen Prüfungsteile/-fächer (schriftlich, mündlich, praktisch, ggf. mdl. Ergänzungsprüfung)? (z.B. Zeitverlängerung, Hilfsmittel, Vertrauensperson)
