

Antrag auf Nachteilsausgleich

Anpassung der Prüfungsbedingungen aufgrund einer Behinderung/ Gleichstellung/ anderen Benachteiligung

Empfänger (zuständige Stelle nach BBiG)

Landesamt für Landwirtschaft,
Lebensmittelsicherheit und Fischerei M-V
Dezernat 140
Demminer Str. 46
17034 Neubrandenburg

1. Prüfungsbewerber/ Prüfungsbewerberin

Name, Vorname	Geb.-Datum
---------------	------------

2. Prüfung

Prüfungsart <input type="checkbox"/> Zwischenprüfung <input type="checkbox"/> Abschlussprüfung <input type="checkbox"/> Fortbildungsprüfung
Ausbildungsberuf/ Abschluss (sofern zutreffend einschließlich Fachrichtung/ Schwerpunkt/ Einsatzgebiet)

3. Anpassung der Prüfungsbedingungen

Aufgrund meiner nachgewiesenen Behinderung/ Gleichstellung/ anderen Benachteiligungen beantrage ich folgenden Nachteilsausgleich (Mehrfachauswahl möglich):

schriftliche Prüfung

- Zeitverlängerung
- Prüfungsaufgaben werden von einer anderen Person vorgelesen
- meine mündlichen Antworten werden von einer anderen Person aufgeschrieben
- Gebärdensprachdolmetscher
-

praktische Prüfung

- Zeitverlängerung
- Prüfungsaufgaben werden von einer anderen Person vorgelesen
- meine mündliche Arbeitsplanung wird von einer anderen Person aufgeschrieben
- Gebärdensprachdolmetscher
- Einsatz eigener Werkzeuge bzw. technischer Arbeitshilfen
-

4. Anlagen

Diesem Antrag ist eine Kopie des Nachweises über die Art der Behinderung/ Gleichstellung/ anderen Benachteiligung beizufügen.

5. Erklärung des/ der Prüfungsbewerbers/ Prüfungsbewerberin

Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Datum

Unterschrift Prüfungsbewerber/ Prüfungsbewerberin