

# 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  
Thierfelderstr. 18  
18059 Rostock

### 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