



HOCHSCHULE FÜR MUSIK UND THEATER »FELIX MENDELSSOHN BARTHOLDY« LEIPZIG

Bitte nutzen Sie **unbedingt vor Antragstellung die Beratung zum Nachteilsausgleich** bei Frau Katharina Ruhe:
Please use the student advisory service by Ms Katharina Ruhe before submitting the application.

Füllen Sie bitte alle Felder am PC aus und reichen Sie das ausgefüllte, ausgedruckte und unterschriebene Formular ein bei:

Please complete the application form at your computer. Print and sign it below. Hand in to:

Einzureichen per E-mail | **hand in** via eMail

per Post | via letter post

eMail: katharina.ruhe@hmt-leipzig.de
Fon: 0341 2144 627

Katharina Ruhe
Beauftragte für Studierende mit Beeinträchtigungen

katharina.ruhe@hmt-leipzig.de

Grassistraße 8, 04107 Leipzig, Hauspostfach 032

Antrag auf Nachteilsausgleich | Application for compensation for disadvantages

Name, Vorname | surname, first name

Matrikelnummer | matriculation number

Studiengang | degree programme

Hauptfach | main subject

Adresse | address

HMT-Mailadresse | HMT email address

Dauer der gesundheitlichen Beeinträchtigung

(z.B.: dauerhaft; vorübergehend, Prognose bis)

Duration of the health impairment

(e.g. : permanent; temporary, forecast until)

Antrag an die/den Vorsitzende_n des Prüfungsausschusses Ihrer Fakultät | Application to the head of the examination board of your faculty

Dekanat Fakultät I - Professor Matthias Foremny

Dekanat Fakultät II - Professorin Anne-Kathrin Gummich

Dekanat Fakultät III - Professorin Constanze Rora

Angaben zur Prüfung | information about the examination

Modulnummer | module number

Prüfung | exam

Prüfer_in (wenn bekannt) | examiner (if known)

Beantragte Maßnahmen des Nachteilsausgleichs | Requested actions to compensate for disadvantages

Hinweis: Bitte geben Sie so genau wie möglich an, welche Art des Nachteilsausgleiches Sie beantragen und auf welche Studiensituation/en beziehungsweise Prüfungsleistung/en sich dieser bezieht. | Note: Please state as precisely as possible which type of disadvantage compensation you are applying for and which study situation/s or examination performance/s it relates to.

Begründung des Antrages | justification of the request

Bitte erklären Sie, wie sich Ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen konkret auf Ihr Studium bzw. die Prüfungen auswirken und warum Sie sich daher in Ihrer gleichberechtigten Teilhabe am Studium benachteiligt fühlen. Ihre Erläuterungen müssen für Dritte gut nachvollziehbar sein. | Please explain how your health problems will specifically affect your studies or the exams and why you feel disadvantaged in your participation in the studies on an equal footing. Your explanations must be easy to understand for third parties.

Nachweise (ein Nachweis ist ausreichend, zutreffendes bitte ankreuzen) | **Evidence** (one evidence is sufficient, please tick the relevant box)

fachärztliches Attest | medical certificate

Stellungnahme eines_r Psychotherapeut_in | Statement from a psychotherapist

Stellungnahme der Beauftragten für Studierende mit Beeinträchtigungen | Statement from the representative for students with disabilities

Sonstige | other

Hiermit versichere Ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der von mir gemachten Angaben. I hereby guarantee the completeness and correctness of the information I have provided.

Ort, Datum
place, date

Unterschrift
signature