

Antrag auf individuelle Studienverlaufsplanung gemäß § 29 Abs. 2 APO
Antragsfristen: WiSe 31.10. und SoSe 31.03.

An die
OTH Regensburg
Seybothstraße 2
93053 Regensburg

Prüfungskommission für den Studiengang:

Bitte per E-Mail bei der zuständigen PK einreichen
(Die E-Mail-Adresse finde Sie auf der Website unter Fakultäten-Personen-Funktionsträger)

Name, Vorname: Fakultät:
Strasse/Hausnr: Studiengang:
PLZ/Wohnort: Matrikelnummer:
E-Mail Adresse: Telefonnummer:

Antrag auf individuelle Studienverlaufsplanung bei Behinderung oder chronischer Erkrankung gem. § 29 Abs. 2 APO

Sehr geehrte Damen und Herren der Prüfungskommission,
ich bin wegen länger andauernder oder ständiger Behinderung/chronischer Erkrankung nicht in der Lage mein Studium in der vorgesehenen Dauer und Form erfolgreich zu studieren. Ich beantrage daher die Erstellung eines individuellen Studienverlaufsplan im Rahmen des Nachteilsausgleiches gem. § 29. Abs. 2 APO.

Meine Behinderung besteht in:

Sie wirkt sich bei Studien- und Prüfungsleistungen wie folgt aus:

Als Beleg füge ich bei:

- ☐ meinen Schwerbehindertenausweis in Kopie (wenn vorhanden)
☐ ein **aktuelles** ärztliches Attest nach § 29 Abs. 2 APO

Das ärztliche Attest enthält **alle folgenden vier Angaben**:

1. die Bestätigung des unterzeichnenden Arztes oder der unterzeichnenden Ärztin, dass das ärztliche Zeugnis auf einer von ihm oder ihr persönlich durchgeführten Untersuchung des oder der Studierenden beruht;

2. den Zeitpunkt der Untersuchung,

3. die Beschreibung der krankheitsbedingten und zugleich prüfungsrelevanten körperlichen, geistigen und/oder seelischen Funktionsstörungen aus ärztlicher Sicht so konkret und nachvollziehbar, dass die Hochschule daraus schließen kann, warum eine individuelle Studienverlaufsplanung notwendig ist,

4. den Eintritt und die voraussichtliche Dauer der Behinderung.

Meinem Antrag füge ich bei:

- ☐ Auflistung der Module, die noch ausstehen und wann ich diese ablegen möchte.
- ☐ Stellungnahme der Beauftragten für Studierende mit Behinderung/chronischer Erkrankung an der OTH Regensburg
- ☐ Ich entbinde den Arzt/die Ärztin von seiner/ihrer Schweigepflicht bei etwaigen Nachfragen zum Attest.

Ich sende die Dokumente mit meinen gesundheitsbezogenen Daten verschlüsselt per Mail.

Regensburg,

.....
Unterschrift