

Antrag auf Verlängerung der Studienzeit gemäß § 29 Abs. 2 APO
Antragsfristen: WiSe 30.06. und SoSe 15.01.

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 Verlängerung der Studienzeit 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, innerhalb der Studienfrist mein Studium zu beenden. Deshalb bitte ich
um eine Fristverlängerung um..... Semester.

Meine Behinderung besteht in:

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

Ich beantrage bitte eine Nachfrist für folgende Semester

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:

- ☐ Antrag auf Nachfrist mit 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