**Gesuch um Nachteilsausgleich**

**Abschlussjahr des Qualifikationsverfahrens: …………….**

□ Teilprüfung

□ Abschlussprüfung

Das Gesuch ist **spätestens mit der Anmeldung zur Abschlussprüfung** einzureichen.

***1. Personalien lernende Person Lehrvertragsnummer:****…………………………*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | Beruf: |  |
| Vorname: |  | Fachrichtung: |  |
| Strasse: |  | Lehrbetrieb: |  |
| Wohnort: |  | Ort: |  |
| Tel. Privat: |  | Tel. Geschäft: |  |

***2. Leistungsbeeinträchtigung***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ Legasthenie | | |  | □ Dyskalkulie |  |
| □ AD(H)S: |  | | | □ Andere ………………. | ……………………………… |
| Gutachten vom: | |  | | Fachperson: ……………………………………………... | |

***3. Antrag der zuständige Person für den Nachteilsausgleich***

(gestützt auf das Journal Fördermassnahmen und beigezogene Fachstellen)

**Betroffene Qualifikationsbereiche:**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Art der Nachteilsausgleiches (Hilfsmittel, Geräte):**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Umfang des Nachteilsausgleichs (Verlängerung der Prüfungszeit):**

|  |
| --- |
|  |
|  |

***4. Beilagen***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ aktuelles Gutachten | □ Andere: |  |
| **-** Journal Fördermassnahmen **-** Semesternoten **-** Zeugnisse entsprechender Kurse | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***Datum:*** | ***Unterschrift:*** |
| Lernende/r: |  |  |
| Zuständige Lehrperson: |  |  |
| Verantw. Berufsbildner: |  |  |