

Attest für X]Y'6 YUbfU[i b['Y]bYf Df~ Z b[ga cX]Z_U]cb

An den Prüfungsausschuss

des Studiengangs

der Universität Kassel

Name, Vorname:

geboren am:

Anschrift:

Telefon:

Email:

Matrikelnummer:

Wegen längerer chronischer Erkrankung oder Behinderung ist die oben genannte Person nicht in der Lage, zeitabhängige Studien- und Prüfungsleistungen in der vorgeschriebenen Zeit oder in der vorgeschriebenen Form zu erbringen bzw. abzulegen.

Art/Ä Klassifizierung der Behinderung/Ä Chronischen Erkrankung:

Sie wirkt sich auf Prüfungen wie folgt aus (Stichworte):

Empfehlungen zur Kompensation der Benachteiligung:

- eine %ige Zeitverlängerung bei zeitabhängigen Prüfungen
- die Zuweisung eines eigenen Bearbeitungszimmers

- die Umwandlung einer schriftlichen in eine mündliche Prüfung
- die Umwandlung einer mündlichen in eine schriftliche Prüfung
- sonstige

Dauer

- Das Attest gilt voraussichtlich bis:

Das Attest gilt unbefristet

Datum / Unterschrift des behandelnden Arztes / Facharztes _____