



# HOCHSCHULE FÜR MUSIK UND THEATER »FELIX MENDELSSOHN BARTHOLDY« LEIPZIG

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

eMail: dhia.ben-hamda@hmt-leipzig.de  
Tel.: 0341-2144-838  
Büro D 2.16

**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

**Dhia Ben Hamda**  
Diskriminierungs- und barrierefreies Studium

Dittrichring 21

## 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

Dekanat Fakultät III - Professor Jan Scheerer

## **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