

# Antrag Nachteilsausgleich

**Berufsprüfung Med. Masseur/in mit eidg. FA**

## Prüfungsjahr:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

## Prüfungskandidat/Prüfungskandidatin:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

## Diagnose:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

## Bestätigende Instanz (Kopie Zeugnis/Diagnose Arzt, Fachstelle)

(Falls bereits eingereicht, bitte wir Sie um einen Hinweis.) Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Beschreibung der konkreten, funktionellen Auswirkungen auf einzelnen Prüfungsteile: Prüfungsteil A:** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Prüfungsteil B:** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

## Prüfungsteil C: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Antrag\* für Massnahmen des Nachteilsausgleichs für die einzelnen Prüfungsteile: Prüfungsteil A:** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

## Prüfungsteil B: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

## Prüfungsteil C: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

## \*Zu beachten:

Die Modifikationen beschränken sich auf die Bereiche, die behinderungsbedingt nicht oder nur teilweise erfüllt werden können. Die kognitiven und fachlichen Vorgaben müssen immer den jeweiligen Qualifikations-Anforderungen des gewählten Berufs entsprechen. Es muss gewährleistet sein, dass die für eine bestimmte Aus- und Weiterbildung oder einen bestimmten Beruf unverzichtbaren Fähigkeiten und Fertigkeiten vorhanden sind.