

Antrag auf Nachteilsausgleich in Prüfungen

Studiengang

Matrikel-Nr.

Name, Vorname

Der Nachteilsausgleich wird beantragt für:

- Sommersemester 20_____
- Wintersemester 20_____

Begründung des Antrags

Art der Beeinträchtigung:

Dem Antrag sind folgende Nachweise beigefügt:

- Nachweise/ärztliche(s) Gutachten
- Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung

Beantragte Maßnahme(n) des Nachteilsausgleiches:

Zu beachten ist, dass nur Maßnahmen beantragt werden können, die innerhalb der beigefügten (ärztlichen) Nachweise aufgeführt und begründet sind.

Matrikel-Nr.

Hiermit beantrage ich folgenden Nachteilsausgleich:

Schreibverlängerung um _____ %

Besondere Hilfsmittel

Räumliche Besonderheit

Alternative Prüfungsform(en)

Sonstiges

Matrikel-Nr.

Der Nachteilsausgleich bezieht sich auf folgende Prüfung(en):

Modul-Nr.

Modulbezeichnung

Modul-Nr.	Modulbezeichnung
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wichtige Hinweise

Durch Ankreuzen der nachfolgenden Hinweise bestätige ich die Kenntnisnahme:

- Mir ist bekannt, dass nur Anträge berücksichtigt werden können, die durch aktuelle Nachweise belegt werden. Die zur Entscheidung über den Antrag nötigen Nachweise habe ich beigelegt. Ich bestätige, die Einverständniserklärung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten als Bestandteil dieses Formulars zur Kenntnis genommen und beigelegt zu haben.
- Mir ist bekannt, dass der Prüfungsausschuss sich das Recht vorbehält die o. g. Unterlagen im Original anzufordern. Bitte sende den Antrag einschließlich der Nachweise per E-Mail an: geschaefsstelle.PA@hshl.de
- Im Falle einer Genehmigung des Antrags bin ich damit einverstanden, dass die für die Prüfungsdurchführung verantwortlichen Personen (z. B. Prüfer*innen, aufsichtführende Personen) über die gewährten Maßnahmen des Nachteilsausgleiches informiert werden, um einen reibungslosen Ablauf während der Prüfungen gewährleisten zu können.
- Für eine rechtzeitige Bearbeitung ist der Antrag frühzeitig, spätestens aber **bis zum Ende des Anmeldezeitraums** für die Semesterprüfungen beim Prüfungsausschuss zu stellen.

Datum

Unterschrift Antragsteller*in

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Bitte beachte, dass die Entscheidung über den Antrag in Einzelfällen mehrere Wochen dauern kann. Im Falle einer Genehmigung des Nachteilsausgleiches erhältst du einen offiziellen Bescheid.

Den unterschriebenen Antrag samt Nachweis*e und Beschreibung*en sendest du bitte per E-Mail an: geschaefsstelle.PA@hshl.de

Kontakt für eine persönliche Beratung mit der/dem Beauftragte*n für Studierende mit Behinderung oder chronischer Krankheit findest du auf unserer Homepage ⇒ [Studium und Behinderung](#)

Informationen zu unseren Servicezeiten etc. findest du auf unserer Homepage ⇒ [Kontakt](#)

Weiterführende Informationen findest du im „Informationsblatt Nachteilsausgleich“ sowie im Handbuch „[Studium und Behinderung](#)“ des Deutschen Studierendenwerks.

Datenschutzerklärung gem. Art. 13 DSGVO und Einwilligung

Projekt/Anlass: Prüfung und Bewilligung eines Nachteilsausgleichs

Die Datenschutzhinweise erfolgen im Zusammenhang mit dem von Ihnen gestellten Antrag auf Nachteilsausgleich.

1. Name und Anschrift des Verantwortlichen

Der Verantwortliche im Sinne der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und anderer nationaler Datenschutzgesetze der Mitgliedsstaaten sowie sonstiger datenschutzrechtlicher Bestimmungen ist die:

Hochschule Hamm-Lippstadt
Datenschutzbeauftragte*
Marker Allee 76-78
59063 Hamm

E-Mail: info@hshl.de

2. Name und Anschrift der Datenschutzbeauftragten

Die Datenschutzbeauftragte des Verantwortlichen ist:

Rechtsanwältin Ellen Kortenbach
ppc Data GmbH
Dycker Feld 53
42653 Solingen

E-Mail: dsb@hshl.de

3. Datenverarbeitung im Rahmen der Beantragung und Bewilligung eines Nachteilsausgleichs

a) Betroffene personenbezogene Daten

Im Rahmen der Beantragung und Bewilligung eines Nachteilsausgleichs verarbeiten wir von Ihnen folgende Daten:

- (1) Vorname und Nachname
 - (2) E-Mail-Adresse und Telefonnummer
 - (3) Matrikelnummer und studiengangsbezogene Informationen
 - (4) für die Prüfung und Bewilligung erforderliche Gesundheitsdaten
-

b) Zwecke der Datenverarbeitung

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten dient dazu, den von Ihnen gestellten Antrag auf einen Nachteilsausgleich prüfen und bewilligen zu können. Darüber hinaus dient die Verarbeitung der Dokumentation und Durchführung der genehmigten Maßnahmen innerhalb der hochschulinternen Verwaltungs- und Prüfungssysteme.

c) Rechtsgrundlage für die Verarbeitung personenbezogener Daten

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer oben genannten personenbezogenen Daten durch die Hochschule Hamm-Lippstadt ist Ihre Einwilligung, Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. a DSGVO.

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Hochschule Hamm-Lippstadt (HSHL) erfolgt auf Grundlage Ihrer freiwilligen Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 Satz 1 a) DSGVO. Da im Rahmen des Nachteilsausgleichs ggf. auch besondere Kategorien personenbezogener Daten (Gesundheitsdaten) verarbeitet werden, stützt sich die Verarbeitung zusätzlich auf Art. 9 Abs. 2 a) DSGVO. Diese Vorschrift erlaubt die Verarbeitung solcher sensiblen Daten, sofern die betroffene Person ausdrücklich darin eingewilligt hat.

d) Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten

Ihre personenbezogenen Daten, werden an folgende Empfänger innerhalb bzw. außerhalb der HSHL weitergegeben:

Empfänger innerhalb der HSHL:

- die/der für sie zuständige Präsident/Präsidentin,
- die Mitglieder des Prüfungsausschusses,
- die entsprechenden Prüfungsbeauftragten,
- die Mitarbeiter*innen der Rechtsabteilung,
- auf Ihren Wunsch der/die Behindertenbeauftragte Ihres Fachbereichs oder ggf. der/die Behindertenbeauftragte der HSHL,
- ggf. die Mitarbeiter*innen anderer Prüfungsämter der Hochschule.

Empfänger außerhalb der HSHL:

- ggf. das Werkarztzentrum Westfalen-Mitte e. V.

e) Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen für die oben genannten Zwecke erforderlich ist. Wenn Sie Ihre Einwilligung widerrufen oder der Zweck der Verarbeitung entfällt, erfolgt eine datenschutzkonforme Löschung Ihrer Daten.

4. Ihre Rechte als Betroffene/r

Sie haben ein Recht auf Auskunft über Ihre von der HSHL verarbeiteten personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO), ein Recht auf Berichtigung Ihrer personenbezogenen Daten (Art. 16 DSGVO), ein Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO), ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) und ein Recht auf Widerruf Ihrer Einwilligung (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Außerdem haben Sie das Recht, Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde einzulegen. Zuständige Aufsichtsbehörde ist die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, Tel.: 0211/38424-0, E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de.

Einwilligungserklärung

Matrikel-Nr.

Name, Vorname

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Mit Ihrer Einwilligung erklären Sie, dass die HSHL Ihre oben unter 3.a) genannten personenbezogenen Daten erheben und weiterverarbeiten darf für die unter 3.b) genannten Zwecke.

Widerrufsrecht

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft zu widerrufen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Dies hat zur Folge, dass die Datenverarbeitung, die auf dieser Einwilligung beruht, für die Zukunft nicht mehr fortgeführt und Ihre personenbezogenen Daten gelöscht werden müssen, es sei denn, es liegt eine andere Rechtsgrundlage für die Verarbeitung vor.

Ein Widerruf hat schriftlich zu erfolgen. Diesen richten Sie bitte an geschaefsstelle.PA@hshl.de.

Hiermit willige ich freiwillig in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein. Ich bin über den Umfang und Zweck der Datenerhebung und Datenverarbeitung sowie über mein Widerrufsrecht informiert worden. Eine Kopie der Datenschutzerklärung und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Datum

Unterschrift Antragsteller*in