



Gesuch um Nachteilsausgleich für Qualifikationsverfahren

Das Gesuch ist zusammen mit der Anmeldung zum Qualifikationsverfahren einzureichen.

Gesuch für Teilprüfung im Jahr _____
 Abschlussprüfung im Jahr _____

Lernende/r _____
Adresse _____
PLZ / Ort _____
Telefon / Natel _____
E-Mail _____

Beruf _____
Lehrzeit von – bis _____
Lehrbetrieb _____
Berufsbildner/in _____
Telefon / Natel _____
E-Mail _____

Leistungsbeeinträchtigung Legasthenie Dyskalkulie AD(H)S
 andere _____

Beilagen (zwingend beizulegen) Gutachten von Fachperson(en), nicht älter als 2 Jahre
 ärztliche Bescheinigung(en), nicht älter als 2 Jahre
 andere _____

Betroffene Qualifikationsbereiche

Werden spezielle Geräte, Hilfsmittel, Infrastruktur benötigt? Wenn ja, welche?

Datum / Unterschriften
Lernende/r _____
Gesetzliche/r Vertreter/in _____
Berufsbildner/in _____

Formular bitte einsenden an: Amt für Berufsbildung Obwalden, Grundacherweg 6, 6060 Sarnen
Tel: 041 666 64 90, Mail: berufsbildung@ow.ch