**AANVRAAGFORMULIER VOOR AANGEPASTE EXAMINERING**

Examenkandidaten kunnen met dit formulier een aanvraag indienen voor aangepaste examinering.

Wilt u hiervoor in aanmerking komen, mail dan het ingevulde formulier met de kopie van uw medische verklaring/onderzoeksrapport/dyslexiepas in.

Het volledig ingevulde en ondertekende formulier stuurt u naar:

**info@exth.nl**

**Uw gegevens:**

Naam, voorletters ………………………………………………………………………………………

Adres ………………………………………………………………………………………

Postcode ………………………………………………………………………………........

Woonplaats ………………………………………………………………………………………

Geboortedatum ………………………………………………………………………………………

Telefoonnummer ……………………………………Mobiel…………………….................

E‐mailadres ………………………………………………………………………………………

**Examen gegevens:**

Examenonderdeel ………………………………………………………………………………………

Examenlocatie\* ………………………………………………………………………………………

Examendatum..........................................................................................

Ondergetekende:

* wil gebruik maken van extra examentijd
* is bereid om op een aangewezen moment/locatie het aangepaste examen af te leggen
* verklaart hierbij kennis genomen te hebben van het examenreglement en inschrijfvoorwaarden (zie [www.exth.nl](http://www.exth.nl) )
* verklaart hierbij dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

**Examenkandidaat**

Naam ……………………………………………..

Datum ……………………………………………..

Handtekening ……………………………………………..

\* Uw examentijd en locatie kunnen wijzigen