

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΥΠΕΡΒΑΣΗ ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΦΟΙΤΗΣΗΣ
(σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 34, 38 και 56 του Ν. 4777/2021)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ/ΑΙΤΟΥΣΗΣ

Επώνυμο:.....
Όνομα:.....
Όνομα πατρός:.....
Τμήμα:
Α.Μ.:.....

Δ/ση Κατοικίας
Οδός:.....
Αριθμός:.....Τ.Κ.:
Πόλη:.....
Τηλέφωνο:.....
Email:

ΠΡΟΣ

Τη Γραμματεία Τμήματος..... της
Σχολής του Πανεπιστημίου
Αιγαίου

Αιτούμαι την υπέρβαση της ανώτατης διάρκειας
φοίτησής μου για (αναφέρεται το διάστημα
π.χ. ένα ακαδημαϊκό εξάμηνο/έτος) για σοβαρούς
λόγους υγείας μου (ή για σοβαρούς λόγους υγείας
του/της (οναματεπώνυμο) πρόσωπο
συγγενούς πρώτου βαθμού εξ αίματος/ σύζυγου
/πρόσωπο με το οποίο έχω συνάψει σύμφωνα
συμβίωσης....

Επισυνάπτονται :

- 1)
- 2)
- 3)

.....(τόπος), .../.../20....(ημερομηνία)

Παρατηρήσεις:

Πρέπει να επισυναφθούν τα δικαιολογητικά
τεκμηρίωσης α) της ύπαρξης θεμάτων υγείας και
β) της ύπαρξης συγγένειας ή συμφώνου
συμβίωσης, στην περίπτωση κατά την οποία οι
λόγοι υγείας δεν ανάγονται στο πρόσωπο
του/της φοιτητή/τριας. Οι σοβαροί λόγοι υγείας
αποδεικνύονται μόνο με έγγραφο δημόσιου
νοσοκομείου ή αρμόδιας ειδική επιτροπής
νοσοκομείου.

Ο/Η Αιτών/Αιτούσα

(υπογραφή)