**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΓΙΑ ΚΑΤ’ ΕΞΑΙΡΕΣΗ ΥΠΕΡΒΑΣΗ ΠΡΟΣ:**

**ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΧΡΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ Τη Γραμματεία του Τμήματος ……………**

**ΦΟΙΤΗΣΗΣ …………………………………………………………..**

**του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας**

|  |  |
| --- | --- |
| Επώνυμο φοιτητή/τριας:…………………….  ……………………………………………………………  Όνομα φοιτητή/τριας:…………………………  ……………………………………………………………  Όνομα πατρός:……………………………………  Τμήμα φοίτησης:………………………………..  ……………………………………………………………  Έτος φοίτησης:……………………………………  Α.Μ:…………………………………………………….  Διεύθυνση κατοικίας:………………………….  ……………………………………….Τ.Κ………………  Τηλέφωνα Επικοινωνίας:  Σταθερό: ……………….……………………………  Κινητό: ……………………………………………….  E-mail (ιδρυματικό): …………………………..  …  E-mail (προσωπικό): …………………………..  …………………………………………………………...  Λάρισα ……/……./202….. | Αιτούμαι την κατ’ εξαίρεση υπέρβαση ανώτατης διάρκειας φοίτησης κατά το ακαδημαϊκό έτος …………………………….. γιατί συντρέχουν οι παρακάτω λόγοι:  α) Λόγοι υγείας στο πρόσωπό μου  β) Λόγοι υγείας συγγενούς πρώτου βαθμού εξ αίματος ή συζύγου ή προσώπου με το οποίο έχω συνάψει σύμφωνο συμβίωσης.  Για την απόδειξη των ανωτέρω επισυνάπτω τα αντίστοιχα δικαιολογητικά που απαιτούνται:  1. ………………………………………………………..  2. ………………………………………………………..  3. ………………………………………………………..  Ο/Η αιτών/ούσα  ….…….…………….. |
|  |  |