|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ** **ΓΙΑ ΚΑΤ’ ΕΞΑΙΡΕΣΗ ΥΠΕΡΒΑΣΗ****ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΧΡΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ****ΦΟΙΤΗΣΗΣ**Επώνυμο φοιτητή/τριας:………………………………Όνομα φοιτητή/τριας: …………………………………Όνομα πατρός: …………………………………………Τμήμα φοίτησης:……………………………………….Εξάμηνο φοίτησης: …………………………………….Α.Μ: ………………………………………………………Δ/νση κατοικίας: ………………………………………..Τ.Κ.: ………………………………………………………Τηλέφωνα Επικοινωνίας: Σταθερό: …………………………………………………Κινητό: …………………………………………………..E-mail (ιδρυματικό): …………………………………… | **ΠΡΟΣ:****Τη Συνέλευση του Τμήματος****……………………………………………………………………………****του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου****(δια μέσου της Γραμματείας)**Αιτούμαι την κατ’ εξαίρεση υπέρβαση της ανώτατης χρονικής διάρκειας φοίτησης, κατά το ακαδημαϊκό έτος ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………καθώς συντρέχουν σοβαροί λόγοι υγείας  στο πρόσωπό μου  συγγενούς μου πρώτου βαθμού εξ αίματος ή συζύγου ή προσώπου με το οποίο έχω συνάψει σύμφωνο συμβίωσης. Προς τεκμηρίωση των ανωτέρω, επισυνάπτω τα αντίστοιχα δικαιολογητικά που απαιτούνται:1. ……………………………………………….
2. ……………………………………………….
3. ……………………………………………….

(Τόπος)(Ημερομηνία)Ο/Η αιτών/ούσα Φοιτητής/τρια…………………………… |