|  |  |
| --- | --- |
| 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  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  …………………………… |