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