ΑΙΤΗΣΗ

ΓΙΑ ΚΑΤ’ΕΞΑΙΡΕΣΗ ΥΠΕΡΒΑΣΗ ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΧΡΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΦΟΙΤΗΣΗΣ

Όνομα:………………………..…………….……….….. Επώνυμο :…………………..………………………….. Όνομα πατρός:………………………….…………….. Όνομα μητρός:………………………………………..

Τμήμα φοίτησης: ……………………..……………….

………………………………………………..………………. Α.Μ: …………………………………………………… Διεύθυνση κατοικίας:

Οδός: …………………..…….…………..Αριθ………… Τ.Κ………………Πόλη: ……………….……..…………..

Τηλέφωνα Επικοινωνίας:

Σταθερό ……………….…………………. Κινητό …………………………………….

E-mail (προσωπικό):

……………………………………………………………..…… E-mail (ιδρυματικό):

………………………………………………………….……… Ημερομηνία, ……/……./202…..

\* Ψηφιακά υπογεγραμμένη μέσω της εφαρμογής του gov.gr «Ψηφιακή Βεβαίωση

Εγγράφου» (διαθέσιμη στο https://

www.gov.gr/ipiresies/polites-kai-kathemerinoteta/psephiaka-eggrapha-gov-gr/psephiake- bebaiose-eggraphou)

ΠΡΟΣ:

Την Γραμματεία του Τμήματος …………………………….. του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Αιτούμαι την κατ’ εξαίρεση υπέρβαση της ανώτατης χρονικής διάρκειας φοίτησής μου και δηλώνω υπεύθυνα ότι:

□ Έχω εισαχθεί χωρίς εξετάσεις ως ειδική κατηγορία ατόμων που πάσχουν από σοβαρές παθήσεις.

□ Συντρέχουν λόγοι υγείας στο πρόσωπό μου.

□ Συντρέχουν 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………………………………………………………………..

ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ\*

Ο/Η αιτών/ούσα

(Όσοι φοιτητές δεν δύνανται να υποβάλουν την αίτηση μέσω της εφαρμογής του gov.gr

«Ψηφιακή Βεβαίωση Εγγράφου», προσκομίζουν ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ του ν.1599/86 με βεβαίωση γνησίου υπογραφής μέσω ΚΕΠ).