**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΥΠΕΡΒΑΣΗ ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΦΟΙΤΗΣΗΣ**

**(σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 34, 38 και 56 του Ν. 4777/2021)**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ/ΑΙΤΟΥΣΗΣ**  Επώνυμο:…………………………………………  Όνομα:……………………………............................  Όνομα πατρός:……………………………………  Τμήμα: …………………………………………………  Α.Μ:……………………………………………………  Δ/νση Κατοικίας  Οδός:……………………………..……………………...  Αριθμός:……………………………Τ.Κ.: ……………..  Πόλη:…………………………………………………  Τηλέφωνο:……………………………………………  Email: …………………………………………………  *Παρατηρήσεις:*  Πρέπει να επισυναφθούν τα δικαιολογητικά τεκμηρίωσης α) της ύπαρξης θεμάτων υγείας και β) της ύπαρξης συγγένειας ή συμφώνου συμβίωσης, στην περίπτωση κατά την οποία οι λόγοι υγείας δεν ανάγονται στο πρόσωπο του/της φοιτητή/τριας. Οι σοβαροί λόγοι υγείας αποδεικνύονται **μόνο** με έγγραφο δημόσιου νοσοκομείου ή αρμόδιας ειδική επιτροπής νοσοκομείου. | **ΠΡΟΣ**  Τη Γραμματεία Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Αιγαίου  Αιτούμαι την υπέρβαση της ανώτατης διάρκειας φοίτησής μου για ……… (αναφέρεται το διάστημα π.χ. ένα ακαδημαϊκό εξάμηνο/έτος) για σοβαρούς λόγους υγείας μου (ή για σοβαρούς λόγους υγείας του/της ……… (οναματεπώνυμο) πρόσωπο συγγενούς πρώτου βαθμού εξ αίματος/ σύζυγου /πρόσωπο με το οποίο έχω συνάψει σύμφωνο συμβίωσης….  Επισυνάπτονται :  1)  2)  3)  ………………..(τόπος), …/…./20….(ημερομηνία)  Ο/Η Αιτών/Αιτούσα  (υπογραφή) |