**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 ΚατοικίαςΟδός:……………………………..……………………...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) |