

**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.....

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

* Ψηφιακά υπογεγραμμένα μέσω της εφαρμογής του gov.gr «Ψηφιακή Βεβαίωση Εγγράφου» (διαδέσιμη στο [https:// www.gov.gr/ipiresies/polites-kai-kathemerinoteta/psephiaka-eggrapha-gov-gr/psephiakebebaiose-eggraphou](https://www.gov.gr/ipiresies/polites-kai-kathemerinoteta/psephiaka-eggrapha-gov-gr/psephiakebebaiose-eggraphou))