|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  **ΚΑΤ’ ΕΞΑΙΡΕΣΗ ΥΠΕΡΒΑΣΗ ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΧΡΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΦΟΙΤΗΣΗΣ** | **ΠΡΟΣ:**  **Τη Γραμματεία του Τμήματος Φυσικοθεραπείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας** |
| Επώνυμο φοιτητή/τριας:………………..………..  Όνομα φοιτητή/τριας:……………………………….  Όνομα πατρός:…… ………………………….  Εξάμηνο:……………………………  Α.Μ: ………………………………….  Διεύθυνση κατοικίας  ………………….. Τ.Κ………………..  Τηλέφωνα Επικοινωνίας:  Σταθερό ……………….………………….  Κινητό …………………………………….  E-mail (προσωπικό):…………………………………..  E-mail (ιδρυματικό):………….……………… | Αιτούμαι την κατ’ εξαίρεση υπέρβαση ανώτατης διάρκειας φοίτησης κατά το ακαδημαϊκό έτος  ……………………….γιατί συντρέχουν οι παρακάτω λόγοι  α) Λόγοι υγείας στο πρόσωπό μου  β) 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……………… |
| Λαμία …………….. | ΥΠΟΓΡΑΦΗ  Ο/Η αιτών/ούσα |