|  |  |
| --- | --- |
|   **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 μουβ) 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 …………….. | ΥΠΟΓΡΑΦΗΟ/Η αιτών/ούσα |