

ΑΙΤΗΣΗ
ΓΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ

Επώνυμο φοιτητή/τριας:.....
Όνομα φοιτητή/τριας:.....
Όνομα πατρός:.....
Τμήμα φοίτησης:
.....
Έτος φοίτησης
Α.Μ:
Διεύθυνση κατοικίας:.....
..... Τ.Κ.....
Τηλέφωνα Επικοινωνίας:
Σταθερό
Κινητό
E-mail (προσωπικό):
.....
E-mail (ιδρυματικό):

Αλεξανδρούπολη/...../202.....

Σημείωση:

Η αίτηση περιλαμβάνει το αιτούμενο χρονικό διάστημα διακοπής, καθώς και τους λόγους αυτής (ενδεικτικά αναφέρονται λόγοι υγείας, οικογενειακοί, προσωπικοί, ανωτέρας βίας κ.λ.π.) Συνοδεύεται από όλα τα αναγκαία δικαιολογητικά για την απόδειξη των λόγων υγείας κ.λ.π.

ΠΡΟΣ:
Την Γραμματεία του Τμήματος Ιατρικής
(για το Διοικητικό Συμβούλιο του Τμήματος
Ιατρικής)
Του Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης

Αιτούμαι την διακοπή φοίτησης κατά το ακαδημαϊκό έτος ή εξάμηνο
γιατί συντρέχουν οι παρακάτω λόγοι:
.....

Για την απόδειξη των ανωτέρω επισυνάπτω τα αντίστοιχα δικαιολογητικά που απαιτούνται (ενδεικτικά και όχι περιοριστικά: λόγοι υγείας, ανωτέρας βίας, προσωπικοί, οικογενειακοί, οικονομικοί κ.λπ.). Η αίτηση συνοδεύεται από όλα τα σχετικά δικαιολογητικά από αρμόδιες δημόσιες αρχές ή οργανισμούς, από τα οποία αποδεικνύονται οι επικαλούμενοι λόγοι υγείας του αιτούντος ή συγγενών του μέχρι και δεύτερου βαθμούς, λόγοι στράτευσης ή σοβαροί οικονομικοί λόγοι.

Σε περίπτωση ανωτέρας βίας ή προσωπικών λόγων, η αίτηση συνοδεύεται από ΥΔ του ν. 1599/1986, στην οποία περιγράφονται οι επικαλούμενοι λόγοι και δεν απαιτείται η προσκόμιση επιπλέον δικαιολογητικών.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ
Ο/Η αιτών/ούσα