

ΑΙΤΗΣΗ

ΓΙΑ ΚΑΤ'ΕΞΑΙΡΕΣΗ ΥΠΕΡΒΑΣΗ ΑΝΩΤΑΤΗΣ
ΧΡΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΦΟΙΤΗΣΗΣ

Επώνυμο φοιτητή/τριας:.....

Όνομα φοιτητή/τριας:.....

Όνομα πατρός:.....

Τμήμα φοίτησης:

.....

Έτος φοίτησης

A.M:

Διεύθυνση κατοικίας:.....

..... T.K.....

Τηλέφωνα Επικοινωνίας:

Σταθερό

Κινητό

E-mail (προσωπικό):

.....

E-mail (ιδρυματικό):

.....

Αλεξανδρούπολη/...../202.....

ΠΡΟΣ:

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

Αιτούμαι την κατ'εξαιρέση υπέρβαση της
ανώτατης χρονικής διάρκειας φοίτησης
κατά το ακαδημαϊκό έτος.....

γιατί συντρέχουν οι παρακάτω λόγοι:

A) Λόγοι υγείας στο πρόσωπό μου

B) 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....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Ο/Η αιτών/ούσα