

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΚΑΤ΄ΕΞΑΙΡΕΣΗ ΠΑΡΑΤΑΣΗΣ ΦΟΙΤΗΣΗΣ**

**ΛΟΓΩ ΣΟΒΑΡΩΝ ΛΟΓΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**(σύμφωνα με το άρθρο 76 και παρ.3 του άρθρου 454 του N. 4957/2022, όπως τροποποιήθηκαν με τα άρθρα 130 και 153 του Ν. 5224/2025, αντίστοιχα, και ισχύουν)**

|  |  |
| --- | --- |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ/ΑΙΤΟΥΣΗΣΕπώνυμο:…………………………………………Όνομα:……………………………............................Όνομα πατρός:……………………………………Τμήμα: …………………………………………………Α.Μ:……………………………………………………Δ/νση ΚατοικίαςΟδός/ Αριθμός…………………..……………………...Πόλη……………………Τ.Κ.: ……………..…………Τηλέφωνο:……………………………………………Email :………………………………………………….**Επισυναπτόμενα δικαιολογητικά *(σύμφωνα με τις προβλεπόμενες διαδικασίες)*:**1. ☐ (αγ),(β) Ιατρική γνωμάτευση Δημόσιου Νοσοκομείου με σφραγίδα από:
	* Συντονιστή Διευθυντή Κλινικής ή Εργαστηρίου Ε.Σ.Υ.
	* ή νόμιμα εκτελούντα χρέη Συντονιστή Διευθυντή Κλινικής ή Εργαστηρίου του (Ε.Σ.Υ.)
	* ή Καθηγητή / Αναπληρωτή Καθηγητή Ιατρικής Σχολής
2. ☐ (αβ) Έγγραφα από ΚΕ.Π.Α. ή ΚΕ.Δ.Α.Σ.Υ. / Κ.Ε.Σ.Υ. (σε περίπτωση αναπηρίας ή Ε.Ε.Α.)
3. ☐ Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης ή αντίγραφο συμφώνου συμβίωσης (όπου απαιτείται)
4. ☐ Ληξιαρχική πράξη θανάτου (εάν πρόκειται για σχετικό θάνατο κατά τη διάρκεια φοίτησης)
5. ☐ Οποιοδήποτε άλλο συνοδευτικό έγγραφο κρίνεται απαραίτητο

Με την παρούσα, δηλώνω υπεύθυνα ότι τα στοιχεία που υποβάλλω είναι ακριβή και τα συνοδευτικά δικαιολογητικά είναι αυθεντικά και σε ισχύ, όπου απαιτείται.Παρακαλώ για την εξέταση και αποδοχή του αιτήματός μου. | ΠΡΟΣΤη Γραμματεία του Τμήματος…………………….………………………………………………………… του Πανεπιστημίου ΠατρώνΚατόπιν της συμπλήρωσης της ανώτατης χρονικής διάρκειας φοίτησης στο Πρόγραμμα Σπουδών Πρώτου Κύκλου, **αιτούμαι κατ’ εξαίρεση παράταση φοίτησης** **για σοβαρούς λόγους υγείας**, όπως αυτοί ορίζονται στην επίσημη ανακοίνωση της Γραμματείας.Η αίτηση αφορά: **(α)** Σοβαρό πρόβλημα υγείας **δικό μου**   **(αβ) Πιστοποιημένη αναπηρία ή/και ειδικές Εκπαιδευτικές ανάγκες** **(αγ)** Για αποδεδειγμένα ιδιαίτερα σοβαρούς λόγους υγείας  **(β)** Σοβαρό πρόβλημα υγείας **συγγενούς Α΄ βαθμού εξ αίματος / συζύγου / προσώπου με σύμφωνο συμβίωσης**(Παρακαλώ επιλέξτε με ✔ στο κατάλληλο τετραγωνάκι) Πάτρα, …/…./20….Ο/Η Αιτών/Αιτούσα(υπογραφή) |