ΑΙΤΗΣΗ

ΓΙΑ ΚΑΤ’ΕΞΑΙΡΕΣΗ ΥΠΕΡΒΑΣΗ ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΧΡΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΦΟΙΤΗΣΗΣ

Επώνυμο φοιτητή/τριας:…………..

Όνομα φοιτητή/τριας:……………..

Όνομα πατρός:……………………..

Α.Μ: ……………………………………

Τηλέφωνα Επικοινωνίας:

Κινητό …………………………………….

Αλεξανδρούπολη ……/……./202…..

ΠΡΟΣ:

Τη Γραμματεία του Τμήματος Νοσηλευτικής

Του Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης

Αιτούμαι την κατ’ εξαίρεση υπέρβαση της ανώτατης χρονικής διάρκειας φοίτησης κατά το ακαδημαϊκό έτος 2024-2025

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….

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Ο/Η αιτών/ούσα