

21. ΑΙΤΗΣΗ

Για Κατ' εξαίρεση Υπέρβαση Ανώτατης
Χρονικής Διάρκειας Φοίτησης για
ΣΟΒΑΡΟΥΣ Λόγους Υγείας που ανάγονται στο
πρόσωπο του/της φοιτητή/φοιτήτριας ή στο
πρόσωπο συγγενούς πρώτου βαθμού εξ
αίματος ή συζύγου ή προσώπου με το οποίο
ο /η φοιτητής/τρια έχει συνάψει σύμφωνα
συμβίωσης

Όνομα:.....

Επώνυμο :.....

Όνομα πατρός:.....

Όνομα μητρός:.....

Τμήμα φοίτησης: ...Νοσηλευτικής...

A.M:

Διεύθυνση κατοικίας:

Οδός:Αριθμ.....

T.K.....Πόλη:

Τηλέφωνα Επικοινωνίας:

Σταθερό

Κινητό

E-mail (προσωπικό):

.....

E-mail (ιδρυματικό):

.....

Ημερομηνία,/...../202.....

* Ψηφιακά υπογεγραμμένη μέσω της
εφαρμογής του gov.gr «Ψηφιακή Βεβαίωση
Εγγράφου» (διαθέσιμη στο <https://www.gov.gr/ipiresies/polites-kai-kathemerinoteta/psephiaka-eggrapha-gov-gr/psephiake-bebaiose-eggraphou>)

ΠΡΟΣ:

Τη Γραμματεία του Τμήματος Νοσηλευτικής
του Εθνικού και Καποδιστριακού
Πανεπιστημίου Αθηνών

Αιτούμαι την κατ' εξαίρεση υπέρβαση της
ανώτατης χρονικής διάρκειας φοίτησής μου και
δηλώνω υπεύθυνα ότι:

☐ Συντρέχουν **σοβαροί λόγοι υγείας** στο
πρόσωπό μου

ή/και

☐ Συντρέχουν σοβαροί λόγοι υγείας συγγενούς
πρώτου βαθμού εξ αίματος ή συζύγου ή
προσώπου με το οποίο έχω συνάψει
σύμφωνα συμβίωσης.

(Επιλέξτε περίπτωση ή και περιπτώσεις)

Για την απόδειξη των ανωτέρω επισυνάπτω τα
δικαιολογητικά που απαιτούνται:

**(ΠΡΟΣΟΧΗ: Βλ. σχετική ανακοίνωση οικείας
Γραμματείας για τα κατά περίπτωση/σεις
απαιτούμενα δικαιολογητικά).**

* Η ψηφιακά υπογεγραμμένη αίτηση
υποβάλλεται στο (<https://eprotocol.uoa.gr/>) με
τά κατά περίπτωση απαιτούμενα
δικαιολογητικά.

ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ*

Ο/Η αιτών/ούσα

(Όσοι φοιτητές/τριες δεν δύνανται να υποβάλουν
την αίτηση μέσω της εφαρμογής του gov.gr
«Ψηφιακή Βεβαίωση Εγγράφου», επισυνάπτουν
ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ του Ν.1599/86 με βεβαίωση
γνησίου υπογραφής μέσω ΚΕΠ).