

Αρ. Πρωτ:.....

Ημερομηνία:...../...../.....

(συμπληρώνεται από τη γραμματεία)

Α Ι Τ Η Σ Η Δ

κατ' εξαίρεση υπέρβασης της ανώτατης διάρκειας φοίτησης
(σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 130 του ν. 5224/2025 (ΦΕΚ 142 Α'))

Π Ρ Ο Σ

Τη Γραμματεία του Τμήματος

.....
του Πανεπιστημίου Πειραιώς

Στοιχεία Αιτούντος/Αιτούσης

Επώνυμο:.....

Όνομα:.....

Όνομα Πατέρα:.....

Όνομα Μητέρας:

Αρ. Αστ. Ταυτ.:

Δ/νση:

.....

Αρ. Μητρώου:.....

Κινητό:.....

Email:.....

Παρακαλώ όπως δεχτείτε την αίτησή μου για
κατ' εξαίρεση υπέρβαση της ανώτατης διάρκειας
φοίτησής μου για σοβαρούς λόγους υγείας

α) που αφορούν το πρόσωπό μου ☐

β) που αφορούν στο πρόσωπο συγγενούς πρώτου
βαθμού ☐

σύμφωνα με τα συνημμένα δικαιολογητικά.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι γνωρίζω ότι για το διάστημα
της κατ' εξαίρεση υπέρβασης της ανώτατης διάρκειας
φοίτησης μου, εφόσον γίνει δεκτή, η φοιτητική μου
ιδιότητα καθίσταται ανενεργή και διακόπτεται κάθε
διαδικασία, που σχετίζεται με την φοιτητική ιδιότητα.

* Συνημμένα:

1. Φωτοτυπία Ταυτότητας
2. Απαιτούμενα Δικαιολογητικά

Πειραιάς,/...../202....

Ο/Η Αιτ.....

(υπογραφή)