**ΑΙΤΗΣΗ**

ΕΠΩΝΥΜΟ: ……………………………

ΟΝΟΜΑ: ………………………………..

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:………………………..

ΤΜΗΜΑ: Επιστήμης και Μηχανικής Υλικών

Α.Μ. : ……………………………………

Ακ. Έτος εισαγωγής: ……………………

Τηλ. : …………………………………...

Α.Δ.Τ. : ………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| **ΘΕΜΑ:** | **Αίτηση για υπέρβαση ανώτατης χρονικής διάρκειας φοίτησης για σοβαρούς λόγους υγείας** |

Ηράκλειο, …………………

|  |  |
| --- | --- |
| **ΠΡΟΣ:** | **Συνέλευση Τμήματος Επιστήμης και Μηχανικής Υλικών** |

Παρακαλώ όπως εγκρίνετε την αίτησή μου για υπέρβαση ανώτατης χρονικής διάρκειας φοίτησης για σοβαρούς λόγους υγείας, που ανάγονται:

Α) στο πρόσωπο μου

Β) στο πρόσωπο συγγενούς πρώτου βαθμού εξ αίματος

Γ) συζύγου ή προσώπου με το οποίο έχω συνάψει σύμφωνο συμβίωσης.

Ευχαριστώ.

Ο/Η αιτών/ούσα

(Υπογραφή)

Συνημμένα:

|  |  |
| --- | --- |
| 🞐 | Βεβαίωση δημόσιου νοσοκομείου ή αρμόδιας ειδικής επιτροπής  δημόσιου νοσοκομείου (περιπτώσεις Α,Β,Γ) |
|  |  |
| 🞐 | Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης (περιπτώσεις Β,Γ) |
|  |  |
| 🞐 | Ε3 έντυπο αναγγελίας πρόσληψης ΕΡΓΑΝΗ |
| Άλλο: | ………. |

Αίτηση για υπέρβαση ανώτατης χρονικής διάρκειας φοίτησης για σοβαρούς λόγους υγείας (Τεύχος B’ 5845/15.12.2021, απόφαση Αριθμ. 26252 άρθρο 1)

Άρθρο 1

Υπέρβαση ανώτατης χρονικής διάρκειας φοίτησης

1. Ο φοιτητής δύναται να αιτηθεί την κατ’ εξαίρεση υπέρβαση της ανώτατης χρονικής διάρκειας φοίτησης για σοβαρούς λόγους υγείας, που ανάγονται στο πρόσωπο του ή στο πρόσωπο συγγενούς πρώτου βαθμού εξ αίματος ή συζύγου ή προσώπου με το οποίο ο φοιτητής έχει συνάψει σύμφωνο συμβίωσης.

2. Η αίτηση κατατίθεται από τον φοιτητή ηλεκτρονικά ή αυτοπροσώπως, πριν από τη λήξη της ανώτατης χρονικής διάρκειας φοίτησης, στη Γραμματεία του οικείου Τμήματος, συνοδευόμενη από τα δικαιολογητικά τεκμηρίωσης της αίτησης και ειδικότερα:

α) της ύπαρξης θεμάτων υγείας και

β) της ύπαρξης συγγένειας ή συμφώνου συμβίωσης, στην περίπτωση κατά την οποία οι λόγοι υγείας δεν ανάγονται στο πρόσωπο του φοιτητή.

Οι λόγοι υγείας πρέπει να αποδεικνύονται με έγγραφο δημόσιου νοσοκομείου ή αρμόδιας ειδικής επιτροπής δημόσιου νοσοκομείου.

3. Προς απόδειξη των επικαλούμενων λόγων υγείας η αίτηση θα πρέπει να συνοδεύεται από πρόσφατο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης, στην περίπτωση που οι λόγοι υγείας δεν αφορούν στο πρόσωπο του φοιτητή και από πιστοποιητικό Υγειονομικής Επιτροπής ή Ιατρική γνωμάτευση από Δημόσιο Νοσοκομείο με υπογραφή και σφραγίδα Διευθυντού είτε Κλινικής Ε.Σ.Υ. ή Εργαστηρίου ή Πανεπιστημιακού Τμήματος. Η αρμόδια Υπηρεσία του Ιδρύματος δύναται να ζητήσει συμπληρωματικά κάθε άλλο δικαιολογητικό κρίνει απαραίτητο για την εξέταση της αίτησης.

4. Η Συνέλευση του οικείου Τμήματος αποφασίζει για την έγκριση ή την απόρριψη της αίτησης, καθώς και για τη χρονική διάρκεια της επιπλέον φοίτησης. Περαιτέρω υπέρβαση της ανώτατης χρονικής διάρκειας φοίτησης μπορεί να εγκριθεί εκ νέου με την περιγραφόμενη στις παρ. 2 και 3 του παρόντος άρθρου διαδικασία, εφόσον εξακολουθούν να συντρέχουν οι τασσόμενοι από τις σχετικές διατάξεις και την παρούσα απόφαση προϋποθέσεις