|  |  |
| --- | --- |
| A black text on a black background  Description automatically generated | **ΤΜΗΜΑ ΘΕΑΤΡΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**Βασιλέως Κωνσταντίνου 21 και Τερζάκη, 21100 ΝαύπλιοΤηλ.:27250-96129,130,131,124Email: ts-secretary@uop.gr |

|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ****ΓΙΑ ΚΑΤ’ ΕΞΑΙΡΕΣΗ ΥΠΕΡΒΑΣΗ****ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΧΡΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ****ΦΟΙΤΗΣΗΣ**Επώνυμο φοιτητή/τριας:………………………………Όνομα φοιτητή/τριας: …………………………………Όνομα πατρός: …………………………………………Τμήμα φοίτησης……………………………………….Εξάμηνο φοίτησης: …………………………………….Α.Μ: ………………………………………………………Δ/νση κατοικίας: ………………………………………..Τ.Κ.: ………………………………………………………Τηλέφωνα Επικοινωνίας: Σταθερό: …………………………………………………Κινητό: …………………………………………………..E-mail (ιδρυματικό): …………………………………… |  **ΠΡΟΣ:****Τη Συνέλευση του Τμήματος****Θεατρικών Σπουδών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου****(δια μέσου της Γραμματείας)**Αιτούμαι την κατ’ εξαίρεση υπέρβαση της ανώτατης χρονικής διάρκειας φοίτησης, κατά το ακαδημαϊκό έτος ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………καθώς συντρέχουν σοβαροί λόγοι υγείας  στο πρόσωπό μου  συγγενούς μου πρώτου βαθμού εξ αίματος ή συζύγου ή προσώπου με το οποίο έχω συνάψει σύμφωνο συμβίωσης. Προς τεκμηρίωση των ανωτέρω, επισυνάπτω τα αντίστοιχα δικαιολογητικά που απαιτούνται:1. ……………………………………………….
2. ……………………………………………….
3. ……………………………………………….

(Τόπος)(Ημερομηνία)Ο/Η αιτών/ούσα Φοιτητής/τρια…………………………… |