**ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΕΡΒΑΣΗ ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΓΙΑ ΣΟΒΑΡΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Επώνυμο:** |  |
| **Όνομα:** |  |
| **Όνομα πατρός:** |  |
| **Τμήμα :** |  |
| **Α. Μητρώου:** |  |
| **Έτος εισαγωγής:** |  |
| **Δ/νση κατοικίας:** |  |
| **Τηλέφωνο:** |  |
| **Email:** |  |

**ΠΡΟΣ**

**ΤΗ ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ**

Σύμφωνα με τον Εσωτερικό κανονισμό του ΔΙΠΑΕ παράγραφος 6.1.4 του ΦΕΚ Β' 3904/2025 αιτούμε κατ’ εξαίρεση υπέρβαση της ανώτατης χρονικής διάρκειας για διάστημα ………. Εξαμήνων για σοβαρούς λόγους υγείας που αφορούν:

**Επιλέξτε:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ιδίου/Ιδίας** |  |
| **Συγγενή πρώτου βαθμού εξ αίματος** |  |
| **Σύζυγο ή πρόσωπο με το οποίο έχει συναφθεί σύμφωνο συμβίωσης** |  |

Συνημμένα καταθέτω:

|  |
| --- |
|  |

1. Γνωματεύσεις από Δημόσιο Νοσοκομείο οι οποίες φέρουν σφραγίδα από: i) Συντονιστή Διευθυντή Κλινικής ή Εργαστηρίου του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) ή ii) νόμιμα εκτελούντα χρέη Συντονιστή Διευθυντή Κλινικής ή Εργαστηρίου του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) ή iii) Καθηγητή Πανεπιστημίου ή Αναπληρωτή Καθηγητή

|  |
| --- |
|  |

1. Πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης, ή αντιγράφου συμφώνου συμβίωση

Θεσσαλονίκη ………… / ………… / 20………

Ο /Η Αιτ………