**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ ΠΕΡΑΝ ΤΗΣ ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΧΡΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ/ΑΙΤΟΥΣΑΣ**  Επώνυμο: …………………………………………………  Όνομα: ……………………………………………………..  Όνομα πατρός: …………………………………………  Όνομα μητρός: …………………………………………  Εξάμηνο: …………………………………………………..  Αριθ. Μητρώου: ………………………………………..  Ιδρυματικό email ([dit@go.uop.gr](mailto:dit@go.uop.gr) μόνο):  …………………………………………………………………  Διεύθυνση: ……………………………………………….  …………………………………………………………………  …………………………………………………………………  Τηλέφωνο: ……………………………………………… | **ΠΡΟΣ: ΤΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ & ΤΗΛΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΩΝ**  Αιτούμαι την παράταση φοίτησης πέραν της ανώτατης χρονικής διάρκειας καθώς είμαι φοιτητής/τρια με πιστοποιημένη αναπηρία με ποσοστό τουλάχιστον πενήντα τοις εκατό (50%).  Επισυνάπτω γνωμάτευση (επιλέξτε μία από τις ακόλουθες περιπτώσεις)   1. από υγειονομική επιτροπή του Κέντρου Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α.) 2. των Ανώτατων Υγειονομικών Επιτροπών του Στρατού (Α.Σ.Υ.Ε.), του Ναυτικού (Α.Ν.Υ.Ε.), της Αεροπορίας (Α.Α.Υ.Ε.), της Ελληνικής Αστυνομίας ή του Πυροσβεστικού Σώματος   από την οποία προκύπτει η πιστοποιημένη αναπηρία και το ακριβές ποσοστό αυτής.  Το χρονικό διάστημα της πιστοποιημένης αναπηρίας ανέρχεται σε …….. έτη και …….. μήνες (συμπληρώνεται μόνο εφόσον αναγράφεται στη γνωμάτευση). |