

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΞΑΙΡΕΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ  
ΔΙΑΓΡΑΦΗ ΛΟΓΩ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ**

**ΠΡΟΣ  
ΤΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ**

Επώνυμο:.....

Όνομα:.....

Όνομα πατρός: .....

Τμήμα εισαγωγής: .....

Έτος εισαγωγής:.....

Αρ. Μητρώου: .....

Δ/νση κατοικίας .....

.....

Τηλέφωνο: .....

.....

Email:.....

Παρακαλώ να εγκρίνετε την αίτηση εξαίρεσης από την υποχρεωτική διαγραφή λόγω πιστοποιημένης αναπηρίας σε ποσοστό μεγαλύτερο ή ίσο του 50% ( $\geq 50\%$ ) σύμφωνα με την παρ. 15 της Εγκυκλίου με αρ. πρ. 118904/Ζ1/24-09-2025(ΑΔΑ: ΛΕ8046ΝΚΠΔ ΤΙΥ) του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων.

**Πιστοποιημένη αναπηρία σε ποσοστό .....%**

Συνημμένα καταθέτω:

1. Γνωμάτευση από υγειονομική επιτροπή του Κέντρου Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α.) από την οποία προκύπτει η πιστοποιημένη αναπηρία και το ακριβές ποσοστό αυτής.

*ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Εάν η γνωμάτευση του αρμόδιου φορέα αφορά συγκεκριμένο χρονικό διάστημα για την πιστοποίηση της αναπηρίας, οι φοιτητές υποχρεούνται να προσκομίζουν νέα γνωμάτευση για τη χρήση του δικαιώματος εξαίρεσης από την ανώτατη διάρκεια φοίτησης.*

*Διευκρινίζεται ότι σε περιπτώσεις όπου η πιστοποίηση αναπηρίας είναι ορισμένης διάρκειας και δεν προσκομίζεται νέα γνωμάτευση, το χρονικό διάστημα της πιστοποιημένης αναπηρίας δεν προσμετράται για τη συμπλήρωση της ανώτατης χρονικής διάρκειας.*

Παροχή διευκρινήσεων στην Εγκύκλιο του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων με αρ. πρ. 118904/Ζ1/24-09-2025(ΑΔΑ: ΛΕ8046ΝΚΠΔ ΤΙΥ)

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ ..... / ..... / 2025

Ο /Η Αιτ.....