



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικών και Καποδιστριακών
Πανεπιστημίων Αθηνών
—ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837—

Σχολή Θετικών Επιστημών
Τμήμα Πληροφορικής και Τηλεπικοινωνιών
Γραμματεία

Πανεπιστημιούπολη, Ιλίσια,
16122, Αθήνα
Τηλ.: 210 727 5161, 5154
e-mail: secret@di.uoa.gr
www.di.uoa.gr

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Σύμφωνα με τα οριζόμενα στον Εσωτερικό Κανονισμό για την κατ' εξαίρεση υπέρβαση της ανώτατης χρονικής διάρκειας φοίτησης των φοιτητών του ΕΚΠΑ (ΦΕΚ 816 Β'/5.3.2025), καλούνται οι φοιτητές του Προπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών του Τμήματός μας, που έχουν υπερβεί το ανώτατο όριο φοίτησης (όπως ορίζεται από τον Ν.4957/2022, άρθρο 76, παρ.1 και Μεταβατικές Διατάξεις άρθρο 454, παρ.3 και αποτυπώνεται στον ακόλουθο πίνακα)* και επιθυμούν να συνεχίσουν τις σπουδές τους, να υποβάλλουν αίτηση στην Γραμματεία του Τμήματος, μέχρι την **Κυριακή 31.8.2025**.

Οι αιτήσεις θα υποβληθούν μέσω ηλεκτρονικού πρωτοκόλλου στην ιστοσελίδα <https://protocol.uoa.gr> επιλέγοντας την αίτηση «**21. Αίτηση για υπέρβαση της ανώτατης διάρκειας φοίτησης**» επιλέγοντας ποιος/οι από τους τρεις ακόλουθους λόγους συντρέχει/ουν:

1. Έχω εισαχθεί χωρίς εξετάσεις ως ειδική κατηγορία ατόμων που πάσχουν από σοβαρές παθήσεις (5%)
2. Συντρέχουν λόγοι υγείας στο πρόσωπό μου
3. Συντρέχουν λόγοι υγείας συγγενούς πρώτου βαθμού εξ αίματος ή συζύγου ή προσώπου με το οποίο έχω συνάψει σύμφωνο συμβίωσης,

επισυνάπτοντας την ακόλουθη **Αίτηση Ψηφιακά υπογεγραμμένη** μέσω της εφαρμογής του gov.gr «Ψηφιακή Βεβαίωση Εγγράφου» (διαθέσιμη στο <https://www.gov.gr/ipresies/polites-kaikathemerinoteta/psephiaka-eggrapha-govgr/psephiake-bebaiose-eggraphou> ή με φυσική υπογραφή και βεβαίωση του γνησίου υπογραφής μέσω ΚΕΠ).

και τα απαιτούμενα κατά περίπτωση δικαιολογητικά:

Για την περίπτωση 1) δεν απαιτείται η υποβολή δικαιολογητικού (καθώς έχει κατατεθεί με την εγγραφή).

Για την περίπτωση 2) απαιτείται ιατρική γνωμάτευση από Δημόσιο Νοσοκομείο (του Ε.Σ.Υ. ή Πανεπιστημιακό ή Στρατιωτικό), η οποία φέρει σφραγίδα από:

- i) Συντονιστή Διευθυντή Κλινικής ή Εργαστηρίου ή
- ii) νόμιμα εκτελούντα χρέη Συντονιστή Διευθυντή Κλινικής ή Εργαστηρίου ή
- iii) μέλους ΔΕΠ της βαθμίδας του Καθηγητή Πανεπιστημίου ή Αναπληρωτή Καθηγητή και από τον Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου.

Η γνωμάτευση θα πρέπει να χαρακτηρίζει τον βαθμό της πάθησης ως σοβαρό ή πολύ σοβαρό. Σε περίπτωση που δεν πρόκειται για χρόνια ή ανίατη νόσο να αναγράφεται στη γνωμάτευση και ο πιθανός χρόνος ανάρρωσης που θα απαιτηθεί, ώστε αντίστοιχος να είναι και ο επιπλέον χρόνος που θα τους χορηγηθεί από την οικεία Σχολή ή το Τμήμα.

Για την περίπτωση 3) απαιτούνται τα ίδια δικαιολογητικά με την περίπτωση 2, καθώς και πρόσφατο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης ή πρόσφατο αντίγραφο συμφώνου συμβίωσης.

Ακαδ. έτη εισαγωγής	ΔΙΑΓΡΑΦΗ στη ΛΗΞΗ του ακαδ. έτους 2024-25 συμπεριλαμβανομένης της επαναληπτικής εξεταστικής του Σεπτεμβρίου
1989-90 έως 2016-17	Φοιτητές/τριες, που ήταν εγγεγραμμένοι/ες σε προγράμματα σπουδών πρώτου κύκλου κατά την έναρξη ισχύος του ν. 4777/2021 και είχαν υπερβεί την ελάχιστη χρονική διάρκεια φοίτησης του προγράμματος σπουδών τους διαθέτουν για την ολοκλήρωση των σπουδών τους χρόνο ίσο προς την ελάχιστη χρονική διάρκεια φοίτησης, από την έναρξη του ακαδημαϊκού έτους 2021-2022 και εξής, χωρίς δικαίωμα προσαύξησης του χρόνου φοίτησης, κατά την παρ. 1 του άρθρου 76 του ν. 4957/2022



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
—ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837—

Σχολή Θετικών Επιστημών
Τμήμα Πληροφορικής και Τηλεπικοινωνιών

Πανεπιστημιούπολη, Ιλίσια,
16122, Αθήνα
Τηλ.: 210 727 5154, 5161
e-mail: secret@di.uoa.gr

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΚΑΤ' ΕΞΑΙΡΕΣΗ ΥΠΕΡΒΑΣΗ ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΧΡΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΦΟΙΤΗΣΗΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ:

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....

ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:.....

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....

ΑΔΤ:.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

ΠΕΡΙΟΧΗ:.....

ΤΗΛ ΣΤΑΘΕΡΟ:.....

ΤΗΛ ΚΙΝ:.....

Email:.....

ΠΡΟΣ: ΤΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΗΛΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΩΝ ΤΟΥ
ΕΘΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ
ΑΘΗΝΩΝ

Αιτούμαι την κατ' εξαίρεση υπέρβαση της ανώτατης
χρονικής διάρκειας φοίτησής μου και δηλώνω υπεύθυνα
ότι:

- Έχω εισαχθεί χωρίς εξετάσεις ως ειδική κατηγορία
ατόμων που πάσχουν από σοβαρές παθήσεις.
- Συντρέχουν λόγοι υγείας στο πρόσωπό μου.
- Συντρέχουν λόγοι υγείας συγγενούς πρώτου βαθμού
εξ αίματος ή συζύγου ή προσώπου με το οποίο έχω
συνάψει σύμφωνο συμβίωσης.

Για την απόδειξη των ανωτέρω επισυνάπτω τα
αντίστοιχα δικαιολογητικά που απαιτούνται:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

**Η συμπλήρωση όλων των πεδίων είναι υποχρεωτική*

Ημερομηνία

Ο/Η Αιτών/ούσα

(υπογραφή)

Ψηφιακά υπογεγραμμένη μέσω της εφαρμογής του gov.gr
«Ψηφιακή Βεβαίωση Εγγράφου»
(διαθέσιμη στο <https://www.gov.gr/ipiresies/polites-kai-kathemerinoteta/psephiaka-eggrapha-gov-gr/psephiake-bebaiose-eggraphou>
ή με φυσική υπογραφή και βεβαίωση γνησίου υπογραφής μέσω ΚΕΠ).

Η συλλογή και η επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που υποβάλλονται πραγματοποιείται σύμφωνα με τα οριζόμενα στις διατάξεις του Ν.4624/19 και του Κανονισμού (ΕΕ)2016/2019. Το Ε.Κ.Π.Α. συλλέγει και επεξεργάζεται τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα αποκλειστικά στο πλαίσιο της υλοποίησης του σκοπού της παρούσας διαδικασίας. Για το χρονικό διάστημα που τα προσωπικά δεδομένα θα παραμείνουν στη διάθεση του Ε.Κ.Π.Α. το υποκείμενο έχει τη δυνατότητα να ασκήσει τα δικαιώματά του σύμφωνα με τους όρους του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα 2016/679 (Ε.Ε.) και τα οριζόμενα στα άρθρα 34 και 35 Ν. 4624/2019