**Αίτηση ΑΝΑΣΤΟΛΗΣ της Φοίτησης**

**στο Πρόγραμμα Διδακτορικών Σπουδών**

Του/της ...........................................................................

.........................................................................................

Αρ. Μητρώου: .................................................................

Κατοίκου:........................................................................

Οδός: ..............................................................................

........................................................................................

Πόλη: .............................................................................

Τ.Κ. ................................................................................

Τηλ.: ..............................................................................

e-mail: …………………………………………………………………………

Χανιά: ...........................................................................

**Προσοχή:**

**1) Αναστολή φοίτησης χορηγείται μόνο για εξαιρετικούς λόγους (υγείας, εργασίας, στρατιωτικής θητείας, κ.λπ.) κατόπιν αιτήματος και έγκρισης από τα αρμόδια όργανα της σχολής. Κατά το διάστημα της αναστολής ο φοιτητής δεν επωφελείται των δικαιωμάτων και των παροχών που προβλέπονται για τους υποψήφιους διδάκτορες.**

**2) Αιτήματα αναστολής που υποβάλλονται κατά το πρώτο έτος εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής εγκρίνονται μόνο για σοβαρούς λόγους υγείας.**

**3) Αναστολή φοίτησης δεν χορηγείται μετά την πάροδο της ανώτατης χρονικής διάρκειας σπουδών (6 έτη).**

**4) Σε κάθε περίπτωση ο συνολικός χρόνος φοίτησης στο πρόγραμμα δεν μπορεί να υπερβεί τα οκτώ (8) ημερολογιακά έτη, συμπεριλαμβανομένων των χρόνων αναστολής και παράτασης φοίτησης, από την ημερομηνία ορισμού της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής.**

**5) Η Αίτηση Αναστολής πρέπει να συνοδεύεται από εισήγηση της Τ.Σ.Ε (Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή)**

**6) Μαζί με την αίτηση αναστολής πρέπει να προσκομίζεται η Φοιτητική Ταυτότητα (πάσο)**

Προς: **Τη Συνέλευση της Σχολής Μ.Π.Δ.**

Ημερομηνία: ……/……/20………

Παρακαλώ όπως κάνετε δεκτή την αίτησή μου για

**αναστολή της φοίτησής μου** για ………… μήνες,

από ……/……/20……

έως ……/……/20……

Η αίτηση αναστολής γίνεται για τους παρακάτω λόγους: .................................................................

...............................................................................

.............................................................................................................................................................................................................................................

Ο αιτών/ Η αιτούσα

..................................... (υπογραφή)