**SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE**

**KISMİ ZAMANLI ÇALIŞAN (UYGULAMALI EĞİTİM GÖREN) ÖĞRENCİ BEYAN VE TAAHHÜTNAMESİ**

5510 Sayılı Kanunun 5/b maddesi uyarınca ................................................ işyerinde “Kısmi Zamanlı/ Uygulamalı Eğitim Gören Öğrenci” olarak çalışıyorum/çalışmak istiyorum. Aşağıda işaretlediğim beyanımın doğruluğunu, beyan ettiğim durumumda herhangi bir değişiklik olması halinde değişikliği derhal tarafınıza bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak her türlü prim, idari para cezası, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımca ödeneceğini taahhüt ederim.

Ailemden, annem / babam üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti alıyorum. Bu nedenle kısmi zamanlı çalışmam veya uygulamalı eğitimim boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul etmiyorum.

Ailemden, annem / babam üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti almıyorum. Bu nedenle kısmi zamanlı çalışmam veya uygulamalı eğitimim boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul ediyorum.

Kendi üzerimden genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti alıyorum. Bu nedenle kısmi zamanlı çalışmam veya uygulamalı eğitimim boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul etmiyorum.

**NOT: Ailesinden sosyal güvencesi olmayan öğrencilerin bağlı bulundukları il veya ilçelerdeki kaymakamlıktan aile gelir tespiti yaptırıp öğrenci işleri bürosuna teslim etmeleri zorunludur.**

**ÖĞRENCİNİN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı Soyadı** |  |
| **T.C. Kimlik No** |  |
| **Bölümü/Programı** |  |
| **Okul Numarası** |  |
| **İkamet Adresi** |  |
| **Telefon Numarası** |  |
| **Tarih** |  |
| **İmza** |  |

**Atılım Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü**

**Adres :** Ahlatlıbel Mahallesi 1835. Cadde No:5, 06805 Çankaya/Ankara

**Telefon:** 0312 5866900