Aşağıda işaretlediğim kurumdan veya ailemden sağlık yardımı almaktayım/herhangi bir sağlık yardımı almıyorum.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1- |    |   | Genel Sağlık Sigortası kapsamındayım |
| 2- |   |  | Annem veya babam üzerinden sağlık yardımı almaktayım. |
| 3- |   |  | Sosyal Sigortalar Kurumu’na tabi olarak çalıştığımdan kendi sağlık yardımım var. |
| 4- |   |  | Bağ-Kur’a tabi olarak çalıştığımdan kendi sağlık yardımım var. |
| 5- |   |  | Emekli Sandığı’na tabi olarak çalıştığımdan kendi sağlık yardımım var. |
| 6- |   |  | Özel Sağlık Sigortası hizmetlerinden yararlanıyorum. |

 Beyanımın doğruluğunu, durumumda değişiklik olması halinde değişikliği hemen bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak prim, idari para cezası, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımca ödeneceğini taahhüt ederim.

Adı, Soyadı:

T.C. Kimlik No:

Bölümü:

Öğrenci No:

İmza:

Tarih: