

...../...../20...

T.C.  
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK KÜLTÜR VE SPOR DAİRESİ BAŞKANLIĞINA

2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 46 ncı maddesi ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 5 inci maddesinin b bendi gereği Üniversitemizde kısmi zamanlı öğrenci olarak çalışmaktayım.

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

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

- 1-  Annem veya Babam üzerinden sağlık yardımı almaktayım  
2-  Sosyal Sigortalar Kurumuna tabi olarak çalıştığımдан kendi sağlık yardımım var  
3-  Bağ-Kur'a tabi olarak çalıştığımдан kendi sağlık yardımım var  
4-  Emekli Sandığına tabi olarak çalıştığımдан kendi sağlık yardımım var  
\*5-  Üniversitemiz üzerinden sağlık yardımı almaktayım (üniversite sağlık karnem var)  
\*6-  Herhangi bir sosyal güvencem olmadığından sağlık yardımı almıyorum  
\*7-  GSS Kapsamında Sağlık Sigortasından yararlanmaktayım.

**\*(5 veya 6 bölümü işaretleyenler dilekçenin alt bölümünü de dolduracaklardır)**

T.C. KİMLİK : .....  
ADI SOYADI : .....  
FAKÜLTE/Y.O./ M.Y.O./ENST. : .....  
ÜNİVERSİTE NO : .....  
İKAMETGAH ADRESİ : .....  
TEL/GSM : .....  
ÇALIŞTIĞI BİRİM : .....  
İMZA : .....

*Bu bölüm **herhangi bir sosyal güvencesi olmayan** veya **Üniversitemiz tarafından sağlık yardımı yapılan öğrenciler tarafından doldurulacaktır.***

...../...../20...

T.C.  
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK KÜLTÜR VE SPOR DAİRESİ BAŞKANLIĞINA

Anne, baba veya bana bakmakla yükümlü herhangi bir yakınımın sosyal güvencesi olmadığından ve herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı vb.) tabi olarak çalışmadığımdan dolayı 5510 sayılı Kanunun 5 inci maddesinin b bendine 6111 sayılı Kanunun 24 üncü maddesi ile eklenen "...ve bunlardan bakmakla yükümlü olunan kişi durumunda olmayanlar hakkında ayrıca genel sağlık sigortası hükümleri uygulanır." Hükümü gereğince genel sağlık sigortası tescilimin yapılmasını talep ediyorum.

T.C. KİMLİK : .....  
ADI SOYADI : .....  
İMZA : .....