



T.C
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
KÖYCEĞİZ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Köyceğiz Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü Tıbbi Laboratuvar Teknikleri Programı öğrencisiyim. Öğrenimim süresince Köyceğiz Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nun belirleyeceği kurum ve kuruluşlarda 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereğince Stajyer öğrenci olarak çalışacağım.

Ailem (Anne/Baba) ya da kendi üzerimden genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti **alıyorum.**

Ailem (Anne/Baba) ya da kendi üzerimden genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti **almıyorum.**

Yukarıdaki beyanımın doğruluğunu ve öğrenimim boyunca genel sağlık sigortası durumumda oluşacak değişikliği, staj süresi ve staj uygulama alanında oluşabilecek her türlü olumsuzlukları (İş kazası – Rapor alma – Stajı yarıda bırakma vb.) **24 saat** içerisinde bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak prim, idari para cezası, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımda ödeneceğini beyan, kabul ve taahhüt ederim.

T.C Kimlik No :

Adı Soyadı :

Öğrenci No :

Gsm :

Tarih – İmza :

Adres: Ulucami Mah. Atatürk Bulvarı No:107/2, 48800 Köyceğiz/MUĞLA
E – posta: koycegizshmyo@mu.edu.tr
Öğrenci İşleri: 0252 211 59 47 E-fax: 0252 211 58 11