**T.C. …../…../2025**

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ**

**Siyasal Bilgiler Fakültesi Dekanlığına**

Konu: Staja başlama beyanı.

 Fakültemizin …………………………………………… bölümü, …………………………………………. numaralı öğrencisiyim ve …../…../20… - …../…../20.. tarihleri arasında ……… iş günü staj yapacağım.

 Genel Sağlık Sigortalılığımı (sağlık yardımı) aşağıda işaretlemiş olduğum bölümde belirtmekteyim.

1- ❑ Annem veya Babam üzerinden sağlık yardımı almaktayım.

2- ❑ Sosyal Sigortalar Kurumuna (4-A) tabi olarak çalışıyorum.

3- ❑ Bağ-Kur’a (4-B) tabi olarak çalışıyorum.

4- ❑ Emekli Sandığına (4-C) tabi olarak çalışıyorum.

5- ❑ Üniversitemiz üzerinden sağlık yardımı almaktayım. (Üniversite sağlık karnem var.)

6- ❑ Herhangi bir sosyal güvencem olmadığından sağlık yardımım yoktur.

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

T.C. KİMLİK NO:

ADRESİ:

OKUL NUMARASI:

KURUMUN ADI:

KURUM ADRESİ:

KURUM İNTERNET ADRESİ: www.

Tel No: 0\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-posta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 İlgili mevzuat uyarınca SGK primlerine esas olmak üzere; yukarıda belirttiğim bilgilerin doğru olduğunu ve bu bilgilerin değişmesi halinde değişikliği 2 iş günü içinde Fakültemize bildireceğimi, beyanlarımdan kaynaklanacak her türlü hukuki ve cezai işlemi kabul edeceğimi beyan ve taahhüt ederim.

Öğrencinin

Adı Soyadı/İmza

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

 **T.C. …../…../2025**

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ**

**Siyasal Bilgiler Fakültesi Dekanlığına**

 Anne, baba veya bana bakmakla yükümlü olan kişinin 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 bendi ***“…ve bunlardan bakmakla yükümlü olunan kişi durumunda olmayanlar hakkında ayrıca genel sağlık sigortası hükümleri uygulanır.”*** hükmü gereğince genel sağlık sigortası işlemlerimin yapılmasını talep ediyorum.

Öğrencinin

Adı Soyadı/İmza