

**BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ  
GEREDE UYGULAMALI BİLİMLER FAKÜLTESİ  
SOSYAL GÜVENLİK DURUMU TAAHÜTNAMESİ**

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Gerede Uygulamalı Bilimler Fakültesi  
..... Programı öğrencisiyim. .... Eğitim-Öğretim Yılı Bahar Döneminde  
İşletmede Mesleki Eğitim/Staj yapmak istiyorum. Adıma ödenen İş Kazası ve Meslek Hastalığı ve diğer sigorta  
primleriyle ilgili Dekanlığınıza ilettiğim müstahaklık belgemdeki beyanımın doğruluğunu, sağlık güvencemde  
değişiklik olması durumunda, değişikliğin yer aldığı müstahaklık belgesini Gerede Uygulamalı Bilimler Fakültesi'ne  
her ayın 10'unu geçmeyecek şekilde 5 gün içerisinde ivedi olarak ulaştıracağımı kabul eder, beyanımın hatalı veya  
eksik olmasından kaynaklanacak fazla veya eksik prim ödemesi, idari para cezası, gecikme zammı, gecikme faizi ve  
diğer mali yaptırım tutarlarının tarafımda ödeneceğini taahhüt ederim.

Adı-Soyadı :

Öğrenci No :

T.C. Kimlik No :

Adres :

Telefon / e-posta :

Tarih / İmza :

**HANGİ SAĞLIK YARDIMINDAN YARARLANIYORSUNUZ**

|                                                       |                          |
|-------------------------------------------------------|--------------------------|
| Ailemden biri üzerinden sağlık yardımı alıyorum ..... | <input type="checkbox"/> |
| Yeşil kartlıyım (Eski) .....                          | <input type="checkbox"/> |
| Genel sağlık sigortalıyım (GSS).....                  | <input type="checkbox"/> |
| Çalışıyorum (Kendim sigortalıyım).....                | <input type="checkbox"/> |
| Evliyim eşim üzerinden sağlık yardımı alıyorum .....  | <input type="checkbox"/> |

**NOT :** İşletmede Mesleki Eğitim/staj süresi içerisinde alınan rapor, istirahat vb. durumları belgelerin aslını ibraz etmek üzere aynı iş günü içerisinde bölüm sekreterliğini, bölüm başkanını ve uygulamalı eğitim/staj komisyonunu bildireceğimi, İşletmede Mesleki Eğitimimden/Stajımdan vazgeçme niyetim halinde en az 3(üç) iş günü önceden bölümler sekreterini, ilgili program başkanlığını, bölüm başkanlığını ve uygulamalı eğitim komisyonunu bilgilendireceğimi, aksi halde 5510 sayılı kanun gereği doğacak cezai yükümlülükleri kabul ettiğimi taahhüt ederim.

Öğrenci Ad-Soyad :

Tarih :

İmza :