…………………………....................................**DEKANLIĞINA/MÜDÜRLÜĞÜNE**

Fakülteniz/ Yüksekokulunuz …………………………………………………………. programı öğrencisiyim. Mesleki uygulama yapabilmem için gerekli olan genel sigorta durumum aşağıda beliritilmiş olup,

İş kazası ve meslek hastalığı sigortam için gereğinin yapılmasını arz ederim.

**TC Kimlik No: İmza**

**Adres: Tarih**

 **Adı-Soyadı**

**Tel No:**

|  |
| --- |
|  |

Herhangi bir sosyal güvencem yoktur.

|  |
| --- |
|  |

Pasif Sigortalı (Ailem üzerinden sağlık sigortam var)

|  |
| --- |
|  |

Aktif Sigortalı (SGK’ya tabi olarak çalıştığımdan kendi sağlık sigortam var).

İş kazası ve meslek hastalığı sigortasını yaptırmadan sigortasız olarak mesleki uygulama yapmam halinde mesleki uygulamamın geçersiz sayılacağını ve mesleki uygulama sırasında olabilecek iş kazalarından sorumlu olacağımı kabul ederim.

 **İmza**

 **Adı-Soyadı**