

**YAŞAR ÜNİVERSİTESİ**  
**Merkezi Öğrenci Etkinlikleri Birimine**

.. /.. /....

.././.... - ../ / .. / .... tarihleri arasında Üniversitenizde gönüllü olarak kısmi zamanlı öğrenci çalıştırma programında görev alacağım. Bu tarihler arasında 5510 sayılı yasa gereğince sigortamın yapılmasını talep etmekteyim.

Annemden/ Babamdan, SSK/ EMEKLİ SANDIĞI/ BAĞKUR tarafından sosyal güvenlik yardımını aldığımı beyan ve taahhüt ederim. Bu yüzden 6111 sayılı yasa gereğince benim için Üniversitenizin payı olan %5 Genel sağlık sigortası priminin yatırılmamasını, sadece %1 tehlike priminin yatırılmasını talep etmekteyim.

Yukarıda verdiğim bilgilerin eksiksiz ve doğru olduğunu, ailemden aldığım sağlık sigortası kapsamından çıktığım takdirde Üniversitenize zamanında bilgi vereceğimi, bilgi vermediğim takdirde Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından Üniversitenize uygulanacak yaptırımlar sonucu doğacak ceza ve prim borçlarını ödeyeceğimi taahhüt ve beyan ederim.

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu hükümleri gereği; T.C. YAŞAR ÜNİVERSİTESİ'ne bildireceğim özel nitelikli verilerim de dâhil olmak üzere kişisel verilerimin; kaydedileceği, sınıflandırılacağı, işleneceğini, saklanacağını, veri kanalları ile güncellenebileceğini ve yürürlükte bulunan mevzuatın izin verdiği ölçüde ve mevzuatın gerekleri kapsamında üçüncü kişilere verilerimin paylaşılacağı hususu bilginim dâhilinde olup, onay verdiğimi, sunduğum belgelerin aslına uygun olduğunu aksi halde doğacak zarardan sorumlu olduğumu kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Öğrenci

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adı Soyadı: .....

T.C. Kimlik No: .....

Fakülte/ Yüksekokul: .....

Lisans Bölümü/ Önlisans Programı: .....

İkametgah Adresi: .....

(Açık adres/ Mahalle, Sokak, Cadde, No.,Daire No., İl/ İlçe):.....

Gönüllü Görev Alacağı Bölüm/ Birim: .....

Cep Telefon Numarası: .....

E-posta Adresi: .....

Garanti Bankası Hesabı (kendi adına ait herhangi bir şubeden):

Şube Kodu/ Hesap Numarası: ..... /.....

Sağlık Yardımı Alınan (Anne – Baba)

Adı Soyadı: .....

TC Kimlik No : .....

Sağlık Yardımı Almıyorum

Bölüm/ Birim Sorumlusu

Adı-Soyadı:

İmzası