

# SAĞLIK GÜVENCESİ BEYAN FORMU

## SAĞLIK HİZMETİ SORGULAMASI İÇİN GEREKLİ OLAN BİLGİLER

T.C. Kimlik Numarası	
Adı Soyadı	
Anne Adı	
Baba Adı	
Doğum Tarihi	

Cinsiyet	Erkek <input type="checkbox"/>	Kadın <input type="checkbox"/>
25 Yaşımı Doldurdum	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>

### HANGİ SAĞLIK YARDIMINDAN YARARLANIYORSUNUZ?

(Yararlandığınız Sağlık Güvencesinin Karşısındaki Kutucuğa "X" ile işaretleyiniz)

Annem Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum	<input type="checkbox"/>
Babam Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum	<input type="checkbox"/>
Genel Sağlık Sigortalısıyım (GSS)	<input type="checkbox"/>
Sigortalı Olarak Bir İşte Çalışıyorum (Kendim Sigortalıyım)	<input type="checkbox"/>
Evliyim Eşim Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum	<input type="checkbox"/>
Babam veya Annem Esnaf Ama Prim Borcu Var Sağlık Hizmeti Alamıyorum	<input type="checkbox"/>
Babam veya Annemin Prim Borcu bulunduğundan dolayı Sağlık Hizmeti Alamıyorum	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir şekilde sağlık hizmeti almıyorum.	<input type="checkbox"/>

### SPOR BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Üstteki bilgilerin doğruluğunu kabul eder sosyal güvencemin değişmesi durumunda Dekanlığınıza bildirmemem durumunda doğacak her türlü cezai durumu peşinen kabul ederim.

Tarih ...../...../.....

Adı Soyadı

İmza