## EK-10

## T.C.

**BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ**

**MÜHENDİSLİK FAKÜLTESİ**

## SOSYAL GÜVENLİK DURUMU TAAHÜTNAMESİ

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Mühendislik Fakültesi 20.....-20..... Eğitim- Öğretim Yılı ……… Yarıyılında İş Yerinde Mühendislik Deneyimi Eğitimi (MÜDE) yapmak istiyorum. Adıma ödenen İş Kazası ve Meslek Hastalığı ve diğer sigorta primleriyle ilgili Fakültenize ilettiğim müstehaklık belgemdeki beyanımın doğruluğunu, sağlık güvencemde değişiklik olması durumunda, değişikliğin yer aldığı müstehaklık belgesini Fakültenize 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 tarafımca 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 .□ |
| Yeşil kartlıyım (eski) □ |
| Genel sağlık sigortalısıyım (GSS) □ |
| Çalışıyorum (kendim sigortalıyım) □ |
| Evliyim eşim üzerinden sağlık yardımı alıyorum □ |

**NOT :** İş yerinde Mühendislik Deneyimi Eğitiminden vazgeçme niyetim halinde MÜDE’ye başlamadan en az 3 (üç) iş günü önceden ilgili Bölüm Başkanlığına ve MÜDE Komisyonuna bilgi vereceğimi, iş yerinde MÜDE döneminde alınan sağlık raporunun aslını en geç 2 (iki) iş günü içinde iş yerine, dilekçe ile bölüm sekreterliğine ve MÜDE Komisyonuna bildireceğimi; MÜDE döneminde iken vazgeçmem halinde ise 5510 sayılı kanun gereği fazla yatırılan sigorta giderinin tarafımdan tahsil edileceğini kabul ettiğimi taahhüt ederim.