



**T.C.**  
**MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ**  
**Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Yüksekokulu Müdürlüğü**

**SAĞLIK HİZMETİ SORGULAMASI İÇİN GEREKLİ OLAN BİLGİLER**

T.C. Kimlik Numarası	
Adı Soyadı	
Nüfus İli	
Cilt No	
Doğum Tarihi	
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
25 Yaşımı Doldurdum	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

**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"/>

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

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

Adı Soyad .....

İmza .....