EK-1

ATAYALVAÇ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz ……Bölümü …….Programı ……. Nolu öğrencisiyim 30 günlük Zorunlu yaz stajımı ……/……./2024- ……/……../2024 tarihleri arasında yapacağımdan SGK sağlık hizmetlerinden Annem/Babam üzerinden faydalanmaktayım. Durumuma uygun sigorta girişi yapılabilmesi için;

Gereğini Bilgilerinize arz ederim.

Adı Sayadı : …….. Tarih

T.C. Kimlik No: ……. …../……/2024

ADRES : …….