|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TÜBİTAK PROJESİ** **BURSİYER SGK İŞLEMLERİ TALEP VE BİLGİLENDİRME FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| Projenin Başlığı  |  |
| Proje No |  |
| Projenin Yürütücüsü |  |
| Destek Programı Kodu ve Adı |  |
| Projenin Başlama Tarihi |  |  Bitiş Tarihi |  |  Süresi (Ay) |  |

 |
| **Burs Alacak Kişinin**

|  |  |
| --- | --- |
| T.C. Kimlik No |  |
| Ad Soyadı |  |
| Doğum Tarihi (gg/aa/yıl) |  |
| Cep Telefonu Numarası  |  | E-posta :  |

**SGK İşlemleri İçin Gerekli Bilgiler**

|  |  |
| --- | --- |
| Burs/Sigorta Süre ve Tarihi |  Süre : Ay; / Başlama T : Bitiş T: |

|  |  |
| --- | --- |
| Öğrencinin Programı Türü |   Lisans Yüksek Lisans Doktora Dok. Sonrası |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bursiyer sigortalı olarak bir işte çalışıyor mu? | Evet  | Hayır  |
| Hayır ise ailesi üzerinden SGK sağlık sigortasından yararlanıyor mu? | Evet  | Hayır  |
| **Not:**Bu alanda 25 yaş ve üzerinde olan ve sigortalı olarak çalışmayan erkek bursiyerler “Hayır” işaretlemelidir. |

. |
| **TÜBİTAK KURUM KOORDİNATÖRLÜĞÜNE****Yukarıda beyan ettiğim bilgilerin doğruluğunu, yapılacak denetim ve kontrollerde beyanıma dayalı olarak ortaya çıkacak olası tüm yasal sorumlulukları üstlendiğimi bildirir, beyan ettiğim bilgilerde bir değişiklik olması halinde 3 gün içinde BAP Birim Koordinatörlüğünü bilgilendireceğimi taahhüt eder adı geçen öğrencinin yukarıda bilgileri yazılı proje kapsamında 5510 sayılı Kanun kapsamında sigorta işlemlerinin gerçekleştirilmesini arz ederim.****EKLER:** 1. Öğrenci Belgesi
2. Kimlik fotokopisi
3. Öğrencinin, e-Devlet sayfasından ilgili ay için alacağı Müstehaklık belgesini (SGK işlemlerini yürütecek ilgili birime verilmek üzere) eklemelidir.

 |