**SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE**

Meslek Yüksekokulunuz ………………… nolu ve ………………………. T.C. kimlik numaralı öğrencisiyim. ……/……/20….. tarihinde başladığım …….. günlük, stajımı ……./……/20….. tarihinde sonlandırmış bulunmaktayım. Sigorta çıkış işlemlerimin, stajı bıraktığım tarihten itibaren yapılması hususunda gereğini arz ederim.

Sigorta Durumu : Var

 Yok

Adres : …………………...... ..../…./20….

 ………………………………….. Adı Soyadı

Telefon : ..…………………….. İmza

Mail : ……………………..