

T.C.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU
SİGORTALI İŞE GİRİŞ BİLDİRGESİ
(4/1-a-b kapsamındaki sigortalılar için)

SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI (T.C.Kimlik Numarası)										BELGENİN MAHİYETİ										İLK <input type="checkbox"/>	
																				TEKRAR <input checked="" type="checkbox"/>	

A-SİGORTALININ KİMLİK BİLGİLERİ

1	Adı		11	Yabancı Uyruklu İşe Ülke Adı		
2	Soyadı		12	Öğrenim Durumu	İlköğr. <input type="checkbox"/>	Lise <input type="checkbox"/>
3	İlk Soyadı				Ön lisans <input type="checkbox"/>	lisans <input type="checkbox"/>
4	Baba Adı				Okur yazar <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
5	Ana Adı		13	Askerlik durumu	Başlangıç-Bitiş Tarihi / / - / /	
6	Doğum Yeri				Er <input type="checkbox"/>	Yedek Sb. <input type="checkbox"/>
7	Doğum Tarihi				Muaf <input type="checkbox"/>	Tecilli <input type="checkbox"/>
8	Cinsiyeti	Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/>				
9	Medeni Hali	Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/>	14	İkametgah Adresi :		
NÜFUSA KAYITLI OLDUĞU YER				Posta Kodu : ... İlçe: ... İl: .		
10	İl			Görevi	Stajyer Öğrenci	
	İlçe			Ev Tel		
	Mahalle/Köy			Cep Tel		
	Cilt No:					
	Aile SıraNo(Hane-Kütük)					
	(Birey) Sıra No					

B-SİGORTALININ SOSYAL GÜVENLİK BİLGİLERİ

15	Sigortalılık Türü/kodu	4 (a) Hizmet Akdine Tabi Çalışan 4 (b) Muhtar ile Hizmet Akdine Bağlı Olmaksızın Kendi Adına ve Hesabına Bağımsız Çalışan	Sigortalılık Kodu		16	Sigortalı İş Kanununun 30. Maddesine Göre Çalıştırılıyorsa	Eski Hükümlü <input type="checkbox"/>	Özürlü <input type="checkbox"/>	Terör Mağduru <input type="checkbox"/>
17	01.10.2008 Tarihinden Önce Çalışmış İşe	Kurumu	SSK	Bağ-Kur	Emekli Sandığı	506-G.20. mad. san.			
		Sicil Numarası							
18	Yaşlılık Aylığı Alıyorsa Devam Etmek İsteddiği Sigorta Kolu			Sosyal Güv.Dest.Primi <input type="checkbox"/>	Tüm Sig. Kolları <input type="checkbox"/>				
19	4-1/b Kapsamındaki Sigortalının	Mesleği	Meslek İli	Meslek İlçesi					
20	Sigortalının İşe Başladığı Tarih	/ /							

C-BEYAN VE TAAHHÜTLER

21	Yukarıda yazılı hususların gerçeğe uygun olduğunu ve olabilecek değişiklikleri derhal Kuruma ve İşverene bildireceğimi beyan ederim. / /										Sigortalının Adı- Soyadı: İmzası	
22	M	İŞKOLU KODU	ÜNİTE KODU ESKİ YENİ	İŞYERİ SIRA NUMARASI	İL KODU	İLÇE KODU	KONT NO	ALT İŞV	23	İLGİLİ KURUM/KURULUŞ/ VERGİ DAİRESİ / ODA /TİCARET-ESNAF SİCİL NUMARASI		
24	İşverenin/İşyerinin/İlgili Kuruluşun Adı-Soyadı/Ünv.										İşverenin/İşyerinin/İlgili Kuruluşun Adresi	
	Bulvar:Cadde:..... Sokak:.....										Dış Kapı No:.....İç K.No:..... Mahalle/Köy:..... Posta Kodu :.....	
	İlçe:.....İl:.....											
	Yukarıda yazılı hususların sigortalının nüfus cüzdanındaki ve beyan ettiği resmi belgelerdeki kayıtlara uygun bulunduğunu ve doğru olduğunu beyan ederim./...../.....										Onaylayanın Yetkilinin Adı Soyadı, İmzası, Mühür veya Kaşesi	