

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

Ek-4

SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI (T.C.Kimlik Numarası)										BELGENİN MAHİYETİ				İlk <input type="checkbox"/>						
										Tekrar <input 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							Başlangıç-Bitiş Tarihi .../.../.....												
6	Doğum Yeri						13	Askerlik durumu			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"/>			14													
9	Medeni Hali			Evlü <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/>																
NÜFUSA KAYITLI OLDUĞU YER														İkametgah adresi :						
10														Bulvar: Cadde:						
														Sokak: Dış Kapı No: İç K.No:						
														Mahalle/Köy: Posta Kodu :						
														İlçe: İl:						
							Görevi													
Ev Tel																				
Cep Tel																				
B- SİGORTALININ SOSYAL GÜVENLİK BİLGİLERİ																				
15	Sigortalılık Türü/kodu		4 (a) Hizmet Akdine Tabi Çalışan				Sigortalılık Kodu		4 (b) Muhter ile Hizmet Akdine Bağlı Olmaksızın Kendi Adına ve Hesabına Bağımsız Çalışan		16		Sigortalı İş Kanununun 30. Maddesine Göre Çalıştırılıyorsa		Eski Hükümlü <input type="checkbox"/>					
													Özürü <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 İstedığı 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:									
İŞYERİ SİCİL NUMARASI																				
22	M		İŞKOLU KODU		UNITE 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																				