



T.C.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU
SİGORTALI İŞE GİRİŞ BİLDİRGESİ
(4/1-a-b ve 506 SK GM 20 kapsamındaki sigortalılar için)

ssk.gov.tr, referans no



22.08.2022 16:13:33
REFERANS KODU:322141554

SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI (T.C.Kimlik Numarası)										
9	9	3	7	2	1	0	4	4	5	4

BELGENİN MAHİYETİ	İLK	<input checked="" type="checkbox"/>	
	TEKRAR	<input type="checkbox"/>	

A-SİGORTALININ KİMLİK/ADRES BİLGİLERİ										
1	Adı	ABDELRAHMAN İBRAHİ								
2	Soyad	MOHAMMED								
3	İlk Soyadı									
4	Baba Adı	İBRAHİM								
5	Ana Adı	AZZA								
6	Doğum Yeri	SUDAN								
7	Doğum Tarihi	08.11.1998								
8	Yabancı Uyruklu ise Ülke Adı	SD								
9	Öğrenim durumu	Yüksek o veya fakülte								
	Mezuniyet yılı:	0								
	Mezuniyet Bölümü:									
10	NUFUSA KAYITLI OLDUĞU YER									
	İl									
	İlçe									
	Mahalle/Köy									
	Cilt No									
	Aile Sıra No(Hane/Kütük)									
	(Birey)Sıra No	0								
11	İKAMETGAH ADRESİ									
	Bulvar									
	Cadde-Sokak								Dış Kapı:	İç Kapı:
	Mahalle/Köy								Posta Kodu	
	İlçe								İl	
	Ev Tel								Cep Tel	
	E-posta									

B-SİGORTALININ SOSYAL GÜVENLİK BİLGİLERİ									
12	Sigortalılık Türü/Kodu	Hizmet Akdine tabi çalışanlar	Kendi adına bağımsız çalışanlar muhtar-jokey 4/b	Geçici 20.maddeye tabi çalışanlar					
		4/a <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
13	01.10.2008 Tarihinden Önce Hizmeti Varsa;	Kurumu	SSK	BAG	Emekli Sandığı	506-G.20. M			
		Sicil Numarası	5401202207591						
14	4857 Sayılı Kanunun 13üncü maddesine göre kısmi süreli,14üncü maddesine göre çağrı üzerine ya da ev hizmetlerinde 30 günden az çalışıyor mu?			Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>					
15	4-a sigortalılığından dolayı yaşlılık aylığı alıyorsa devam edeceği sigortatürü			Sos. Güv.Des.Primi <input type="checkbox"/>			Tüm Sig. Kolları <input type="checkbox"/>		
16	Sigortalının işe başladığı tarih	05.09.2022							
17	Meslek Adı ve Kodu	Stajyer (Öğrenci) -9901.02							
18	4857 SK 30uncu maddesine göre çalıştırılacaksa	Engelli <input type="checkbox"/>	19- 6356 SK gereğince belirlenen görev kodu:			05			
		Eski Hükümlü <input type="checkbox"/>							
20	Kendi adına bağımsız çalışan sigortalının	Bağımsız Faaliyetin Adı			İl	İlçe	Köy		

C-İŞVEREN/İŞYERİ/VERGİ DAİRESİ/ESNAF SAN.SİC.MEMURLUĞU/ZİRAAT ODASI/TARIM İL/İLÇE MD./ŞİRKET BİLGİLERİ										
21	ÇSGB İŞ KOLU: 20	ÇSGB BÖLGE MÜDÜRLÜĞÜ DOSYA NUMARASI			S	MESLEK	DOSYA NO			İL
					0	0	0	0	0	0
22	SGK İŞYERİ SİCİL NUMARASI	M	İŞKOLU	ÜNİTE	İŞYERİ SIRA NO	İL KOD	İLÇE	KONT NO	ALT İŞV.	
		1	8542	01	01	1052793	054	01	82	000
23	Vergi Numarası	7400431857								

D-BEYAN VE TAAHHÜTLER										
24	İşverenin/İşyerinin/İlgili Kuruluşun Adı-Soyadı/Ünv. SAKARYA ÜN İVERSİTESİ MÜHENDİSLİK FAKÜLTESİ					İşyerinin(Kurumun) Adresi ESENTEPE KAMPÜSÜ SERDİVAN ADAPAZARI ADAPAZARI No:- /				
25	Yukarıda yazılı hususların gerçeğe uygun olduğunu beyan ederim.					Sigortalının adı-soyadı, İmzası				
26	Yukarıda yazılı hususların sigortalının nüfus cüzdanındaki ve beyan ettiği resmi belgelerdeki kayıtlara uygun olduğunu,belgenin 5510,4857,5953,854ve 2821 sayılı kanunlarda belirtilen yükümlülükler esas alınarak düzenlendiğini beyan ederim. Onaylayan Yetkilinin (Kaşe/Mühür/İmza)									