

anamenü | **YAZDIR**

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



05.07.2023 17:08:01
REFERANS KODU:366112584

144

SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI (T.C.Kimlik Numarası)										BELGENİN MAHİYETİ		İLK		
1	8	1	7	9	7	6	1	6	8	4	TEKRAR			

A-SİGORTALININ KİMLİK/ADRES BİLGİLERİ									
1	Adı	AHMET SEMİH							
2	Soyad	DEMİRCİ							
3	İlk Soyadı								
4	Baba Adı	ÖZKAN							
5	Ana Adı	HAYRİYE							
6	Doğum Yeri	HAYRABOLU							
7	Doğum Tarihi	14.03.1995							
8	Yabancı Uyrıklı ise Ülke Adı	TC							
9	Öğrenim durumu	Lise veya dengi o.							
9	Mezuniyet yılı:	0							
9	Mezuniyet Bölümü:								
NUFUSA KAYITLI OLDUĞU YER									
10	İl	TEKİRDAĞ							
10	İlçe	HAYRABOLU							
10	Mahalle/Köy	KAHYA							
10	Cilt No								
10	Aile Sıra No (Hane/Kütük)	493							
10	(Birey)Sıra No	20							
İKAMETGAH ADRESİ									
11	Bulvar								
11	Cadde-Sokak					Dış Kapı:	İç Kapı:		
11	Mahalle/Köy					Posta Kodu			
11	İlçe					İl			
11	Ev Tel					Cep Tel			
11	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			
12		4/a							
13	01.10.2008 Tarihinden Önce Hizmeti Varsa;	Kurumu		SSK		BAG	Emekli Sandığı		506-G.20. M
13		Sicil Numarası		3901201202399					
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 type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>			
15	4-a sigortalılığından dolayı yaşlılık aylığı alıyorsa devam edeceği sigortatürü					Sos. Güv.Des.Primi		Tüm Sig. Kolları	
15									
16	Sigortalının işe başladığı tarih	06.07.2023							
17	Meslek Adı ve Kodu	Büro İşçisi -9112.11							
18	4857 SK 30uncu maddesine göre çalıştırılacaksa	Engelli		19- 6356 SK gereğince belirlenen görev kodu:					
18		Eski Hükümlü		02					
20	Kendi adına bağımsız çalışan sigortalının	Bağımsız Faaliyetin Adı		İl		İlçe		Köy	
20									

C-İŞVEREN/İŞYERİ/VERGİ DAİRESİ/ESNAF SAN.SİC.MEMURLUĞU/ZİRAAT ODASI/TARIM İL/İLÇE MD./ŞİRKET BİLGİLERİ										
21	ÇSGB İŞ KOLU: 15	ÇSGB BÖLGE MÜDÜRLÜĞÜ DOSYA NUMARASI			S	MESLEK	DOSYA NO			İL
21					0	0	0	0	0	0
22	SGK İŞYERİ SİCİL NUMARASI	M	İŞKOLU	ÜNİTE	İŞYERİ SIRA NO	İL KOD	İLÇE	KONT NO	ALT İŞV.	
22		2	8211	07	07	1083092	034	13	52	
23	Vergi Numarası	6120067761								

D-BEYAN VE TAAHHÜTLER										
24	İşverenin/İşyerinin/İlgili Kuruluşun Adı-Soyadı/Ünv. MARNAK MAR MARA NAKLİYAT SAN.VE TİC.A.Ş.					İşyerinin(Kurumun) Adresi barbağros mahallesi NUHKUYUSU CD. İSTANBUL İST. No:16 /4				
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)									