

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



30.12.2024 08:31:01
REFERANS KODU:442460078

SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI (T.C.Kimlik Numarası)										
2	5	4	2	3	0	5	8	6	5	0

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

A-SİGORTALININ KİMLİK/ADRES BİLGİLERİ

1	Adı	AHMET SONER
2	Soyad	ÖNKAL
3	İlk Soyadı	
4	Baba Adı	VEYSEL
5	Ana Adı	ŞÜKRİYE
6	Doğum Yeri	AFYONKARAHİSAR
7	Doğum Tarihi	28.12.1990
8	Yabancı Uyruklu ise Ülke Adı	TC
9	Öğrenim durumu	Ortaokul yada İ.Ö.O
9	Mezuniyet yılı:	Mezuniyet Bölümü:

10	NUFUSA KAYITLI OLDUĞU YER		
	İl	AFYONKARAHİSAR	
	İlçe	AFYONKARAHİSAR	
	Mahalle/Köy	ANITKAYA KAS./	
	Cilt No		
	Aile Sıra No(Hane/Kütük)	106	
	(Birey)Sıra No	45	
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 4/a <input checked="" type="checkbox"/>	Kendi adına bağımsız çalışanlar muhtar-jokey 4/b <input type="checkbox"/>	Geçici 20.maddeye tabi çalışanlar <input type="checkbox"/>
13	01.10.2008 Tarihinden Önce Hizmeti Varsa;	Kurumu	SSK	BAG
	Sicil Numarası	3501300825619		Emekli Sandığı
14	4857 Sayılı Kanunun 13'üncü maddesine göre kısmi süreli,14'üncü 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 aylıklı aylığı ahyorsa devam edeceği sigortatürü	Sos. Güv.Des.Primi <input type="checkbox"/>	Tüm Sig. Kolları <input type="checkbox"/>	
16	Sigortalının işe başladığı tarih	30.12.2024		
17	Meslek Adı ve Kodu	Şoför-Yük Taşıma-8332.02		
18	4857 SK 30'uncu maddesine göre çalıştırılacaksa	Engelli <input type="checkbox"/> Eski Hükümlü <input type="checkbox"/>	19- 6356 SK gereğince belirlenen görev kodu: 02	
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: 15	ÇSGB BÖLGE MÜDÜRLÜĞÜ DOSYA NUMARASI	S	MESLEK	DOSYA NO	İL
			0	0	0	0
22	SGK İŞYERİ SİCİL NUMARASI	M	İŞKOLU	ÜNİTE	İŞYERİ SIRA NO	İL KOD
		2	5229	YENİ	1587864	035
				ESKİ		İLÇE
						KONT NO
						ALT İŞV.
23	Vergi Numarası	6130767067				

D-BEYAN VE TAAHHÜTLER

24	İşverenin/İşyerinin/İlgili Kuruluşun Adı-Soyadı/Ünv. MAVİ EGE D AĞITIM NAKLİYAT VE TİCARET ANONİM ŞİRKETİ	İşyerinin(Kurumun) Adresi AŞAĞI MH KOCATEPE İZMİR KEMALPAŞA No:10 /
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)	