

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



02.11.2021 16:15:11
REFERANS KODU:289102261

SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI (T.C.Kimlik Numarası)										
1	7	6	4	5	1	5	5	6	4	
BELGENİN MAHİYETİ					İLK		<input type="checkbox"/>			
					TEKRAR		<input checked="" type="checkbox"/>			

A-SİGORTALININ KİMLİK/ADRES BİLGİLERİ									
1 Adı			ALAADDİN						
2 Soyad			BARDAK						
3 İlk Soyadı									
4 Baba Adı			MEHMET						
5 Ana Adı			NAZİRE						
6 Doğum Yeri			DAĞTEKE						
7 Doğum Tarihi			12.01.1964						
8 Yabancı Uyruklu ise Ülke Adı			TC						
9 Öğrenim durumu			Bilinmeyen						
Mezuniyet yılı:			Mezuniyet Bölümü:						
0									
NUFUSA KAYITLI OLDUĞU YER									
10			İl		İZMİR				
			İlçe		BAYINDIR				
			Mahalle/Köy		CANLI				
			Cilt No						
			Aile Sıra No(Hane/Kütük)		189				
			(Birey)Sıra No		1				
İKAMETGAH ADRESİ									
11			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-jockey 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		3501010080451				
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 <input checked="" type="checkbox"/>			Tüm Sig. Kolları <input type="checkbox"/>	
16 Sigortalının işe başladığı tarih			03.11.2021						
17 Meslek Adı ve Kodu			Şoför-Yük Taşıma -8332.02						
18 4857 SK 30uncu maddesine göre çalıştırılacaksa			Özürlü <input type="checkbox"/>		19- 2821 SK gereğince belirlenen görev kodu:				02
			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: 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	İLÇE	KONT NO
					YENİ	ESKİ				
			2	5229	01	01	1587864	035	10	15
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-soyadi, 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)									