

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



19.09.2023 16:46:57  
REFERANS KODU:378246359

SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI (T.C.Kimlik Numarası)										
1	9	5	2	5	8	3	9	4	8	4

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

A-SİGORTALININ KİMLİK/ADRES BİLGİLERİ										
1	Adı	ALİ	NUFUSA KAYITLI OLDUĞU YER							
2	Soyad	KILIÇASLAN	10	İl	EDİRNE					
3	İlk Soyadı			İlçe	HAVSA					
4	Baba Adı	HİLMİ		Mahalle/Köy	ŞERBETTAR KÖYÜ					
5	Ana Adı	DUDU		Cilt No						
6	Doğum Yeri	EDİRNE		Aile Sıra No(Hane/Kütük)	0000053					
7	Doğum Tarihi	02.07.1985		(Birey)Sıra No	44					
8	Yabancı Uyraklı ise Ülke Adı	TC	İKAMETGAH ADRESİ							
9	Öğrenim durumu	Lise veya dengi o.	11	Bulvar						
9	Mezuniyet yılı:	0		Cadde-Sokak		Dış Kapı:		İç Kapı:		
	Mezuniyet Bölümü:			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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
13	01.10.2008 Tarihinden Önce Hizmeti Varsa;	Kurumu	SSK	BAG					
		Sicil Numarası	2201200200009						
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 aylıklık aylığı ahyorsa devam edeceği sigortatürü	Sos. Güv.Des.Primi <input type="checkbox"/>	Tüm Sig. Kolları <input type="checkbox"/>						
16	Sigortalının işe başladığı tarih	20.09.2023							
17	Meslek Adı ve Kodu	Şoför-Yük Taşıma -8332.02							
18	4857 SK 30uncu maddesine göre çalıştırılacaksa	Engelli <input type="checkbox"/>	19- 6356 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			
		2	8211	07	07	034			
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 ÜSKÜDAR NUHKUYUSU CAD. İSTANBUL ÜSKÜDAR No:N:16/ /9				
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)									