

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



29.01.2024 09:47:44
REFERANS KODU:395641043

SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI (T.C.Kimlik Numarası)										
4	3	6	2	7	8	9	2	0	7	8

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

A-SİGORTALININ KİMLİK/ADRES BİLGİLERİ			
10	1	Adı	ALPASLAN AHMET
	2	Soyad	BEŞİROĞLU
	3	İlk Soyadı	
	4	Baba Adı	YAŞAR
	5	Ana Adı	NURCAN
	6	Doğum Yeri	KADIKÖY
	7	Doğum Tarihi	10.12.1998
	8	Yabancı Uruklu ise Ülke Adı	TC
	9	Öğrenim durumu	Yüksek o veya fakülte
	10	Mezuniyet yılı:	0
11	NUFUSA KAYITLI OLDUĞU YER		
	İl	SİNOP	
	İlçe	SARAYDÜZÜ	
	Mahalle/Köy	ÇAMPAŞALI	
	Cilt No		
	Aile Sıra No(Hane/Kütük)	15	
	(Birey)Sıra No	47	
	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	Emekli Sandığı
		Sicil Numarası	3408201520749		506-G.20. M
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 alıyorsa devam edeceği sigortatürü			Sos. Güv.Des.Primi <input type="checkbox"/>	Tüm Sig. Kolları <input type="checkbox"/>
16	Sigortalının işe başladığı tarih	29.01.2024			
17	Meslek Adı ve Kodu	Operasyon Yöneticisi -1221.09			
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	1091676			
						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)