

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



07.09.2023 16:51:28
REFERANS KODU:375808499

SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI (T.C.Kimlik Numarası)										
2	7	1	6	3	9	6	1	4	9	8

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

A-SİGORTALININ KİMLİK/ADRES BİLGİLERİ		
1	Adı	ALEYNA
2	Soyad	VERİM
3	İlk Soyadı	
4	Baba Adı	MUSTAFA
5	Ana Adı	NURCAN
6	Doğum Yeri	ZONGULDAK
7	Doğum Tarihi	01.10.2003
8	Yabancı Uyruklu ise Ülke Adı	TC
9	Öğrenim durumu	Lise veya dengi o.
	Mezuniyet yılı:	Mezuniyet Bölümü:
0		

10	NUFUSA KAYITLI OLDUĞU YER	
	İl	ZONGULDAK
	İlçe	ÇAYCUMA
	Mahalle/Köy	TERZİLER
	Cilt No	
	Aile Sıra No (Hane/Kütlük)	4
	(Birey)Sıra No	85

11	İKAMETGAH ADRESİ	
	Bulvar	
	Cadde-Sokak	
	Mahalle/Köy	
	İlçe	
	Ev 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	3427201801947	
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 aylıklı aylığı alıyorsa devam edeceği sigortatürü	Sos. Güv.Des.Primi <input type="checkbox"/>	Tüm Sig. Kolları <input type="checkbox"/>	
16	Sigortalının işe başladığı tarih	25.09.2023		
17	Meslek Adı ve Kodu	Stajyer (Öğrenci) -9901.02		
18	4857 SK 30uncu maddesine göre çalıştırılacaksa	Engelli <input type="checkbox"/> Eski Hükümlü <input type="checkbox"/>	19- 6356 SK gereğince belirlenen görev kodu: 05	
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: 10	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	8542	YENİ	07	07
				ESKİ	07	07
				İŞYERİ SIRA NO	1199385	İL KOD
				İL KOD	034	İLÇE
				KONT NO	04	42
				ALT İŞV.	000	
23	Vergi Numarası	1670587802				

D-BEYAN VE TAAHHÜTLER		
24	İşverenin/İşyerinin/İlgili Kuruluşun Adı-Soyadı/Ünv. BEYKOZ ÜNİ VERSİTESİ	İşyerinin(Kurumun) Adresi ÇUBUKLU MAH. VATAN CAD. NO:69 İSTANBUL BEYKOZ NO:69 /0
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)	