



T.C.  
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU  
SİGORTALI İŞE GİRİŞ BİLDİRGESİ  
(41-a-b ve 506 SK GM 20 kapsamındaki sigortalılar için)

ssk.gov.tr referans no



18.08.2021 18:20:59  
REFERANS KODU:278811809

SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI (T.C. Kimlik Numarası)		BELGESİN MAHİYETİ		İLK		<input checked="" type="checkbox"/>			
4 9 0 0 9 9 0 5 7 7 0		TEKRAR		<input type="checkbox"/>					

  

A-SİGORTALININ KİMLİK/ADRES BİLGİLERİ									
1. Adı: MUHABBET					NUFUS/KAYITLI OLDUĞU YER				
2. Soyadı: ŞEHİR					İl: 65				
3. İlk Soyadı:					İlçe: Çatak				
4. Baba Adı: CAFER					Mahalle/Köy: SIRMALI				
5. Ana Adı: FELEK					Cilt No:				
6. Doğum Yeri: VAN					Aile Sıra No(Hane/Katık): 47				
7. Doğum Tarihi: 01.12.2000					Birci/Sıra No:				
8. Yabancı Uyruklu ise Ülke Adı: TC					İKAMETGAH ADRESİ				
9. Öğrenim durumu: Lise veya dengi o.					Bulvar:				
10. Mezuniyet yılı: 0					Cadde-Sokak: Dış Kapı: İç Kapı:				
11. Mezuniyet Bölümü:					Mahalle/Köy: Posta Kodu:				
					İlçe: İl: İlçe:				
					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 adını bağimsız çalışanlar mülhar-jokey 4/b <input type="checkbox"/>		Geçici 20.maddede tabi çalışanlar <input type="checkbox"/>			
13. 01.10.2008 Tarihinden Önce Hizmeti Varsa:		Kurumu:		SSK:		BAG:		Emekli Sandığı:	
		Sicil Numarası:		6501202104834				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 aylıklı aylığı alıyorsa devam edeceği sigortalılığı:		Sos. Güv.Des.Prim:				Tüm Sig. Kolları <input type="checkbox"/>			
16. Sigortalının işe başladığı tarih:		19.08.2021							
17. Meslek Adı ve Kodu:		Dokuma Konfeksiyon Makinacisi-8152.69							
18. 4857 SK 30uncu maddesine göre çalıştırılacaksa:		Engelli <input type="checkbox"/>		19- 6356 SK gereğince belirlenen görev kodu:		02			
		Eski Hükümü <input type="checkbox"/>							
20. Kendi adına bağimsız çalışan sigortalının:		Bağimsız Faaliyetin Adı:		İl:		İlçe:		Köy:	

  

C-İŞYERİN/İŞYERİ/VERGİ DAİRESİ/ESNAF SAN.SİC.MEMURLUĞU/ZİRAAT ODASI/TARIM İL/İLÇE MD./ŞİRKET BİLGİLERİ									
21. CSGB İŞ KOLU: 00		CSGB BÖLGE MÜDÜRLÜĞÜ DOSYA NUMARASI:		S MESLEK:		DOSYA NO:		İL:	
				0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0					
22. SGK İŞYERİ SİCİL NUMARASI:		M İŞKOLU:		ÜNİTE:		İŞYERİ SIRA NO:		İL KOD:	
		2 1413		YENİ ESKİ:		1045408		İLÇE:	
								KONT NO:	
								ALT İŞV.:	
23. Vergi Numarası:								8720627945	

  

D-BEYAN VE TAAHHÜTLER									
24. İşyerinin/İşyerinin İlgili Kuruluşun Adı-Soyadı Üniv. TUŞBA KONU T İNŞAAT TURİZM SANAYİ VE TİCARET LIMITED ŞİRKETİ					İşyerinin(Kurumun) Adresi: ŞEMSİBEY OSGB MAH. AHTAMAR CAD. VAN TUŞBA No:17/				
25. Yukarıda yazılı hususların gerçeğe uygun olduğunu beyan ederim.					Sigortalının adı-soyadı, İmzası: Muhabbet Sebe msh				
26. Yukarıda yazılı hususların sigortalının nüfus cüzdanındaki ve beyan ettiği resmi belgelerdeki kayıtlara uygun olduğunu belgenin 5510,4857,5953,834ve 2821 sayılı kanunlarda belirtilen yükümlülükler esas alınarak düzenlendiğini beyan ederim.					Onaylayan Yetkilinin (Kaşe/Mühür/İmza):				