



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



12.11.2020 12:01:00
REFERANS KODU:252076532

SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI (T.C.Kimlik Numarası)										
7	1	2	9	3	0	6	0	0	6	4
BELGESİN MAHİYETİ					İLK <input type="checkbox"/> TEKRAR <input checked="" type="checkbox"/>					
A-SİGORTALININ KİMLİK/ADRES BİLGİLERİ										
1 Adı: MAHSUN					2 Nüfusa Kayıtlı Olduğu Yer					
3 Soyadı: KOCAK					4 İl: 65					
5 İlk Soyadı: AHMET					6 İlçe: Gürpınar					
7 Ana Adı: GÜLİZAR					8 Mahalle/Köy: KÖZLÜCE					
9 Doğum Yeri: VAN					10 Çift No:					
11 Doğum Tarihi: 05.04.2002					12 Aile Sıra No(Hane/Kütük): 35					
13 Yabancı Uyruklu işe Ülke Adı: TC					14 Birey Sıra No					
15 Öğrenim durumu: İlkokul					16 İkametgah Adresi					
17 Mezuniyet yeri: Mezuniyet Bölümü:					18 Bulvar					
					19 Cadde-Sokak					
					20 Dış Kapı: İç Kapı:					
					21 Mahalle/Köy					
					22 Posta Kodu					
					23 İlçe					
					24 Ev Tel: Cep Tel:					
					25 E-posta					
B-SİGORTALININ SOSYAL GÜVENLİK BİLGİLERİ										
12 Sigortalılık Türü/Kodu					13 Hizmet Akdine tabi çalışanlar <input checked="" type="checkbox"/>					
14 4/1D.2008 Tarihinden Önce Hizmeti Varsa:					15 Kendi adına bağlanmış çalışanlar muhtar-jökey 4/b <input type="checkbox"/>					
16 Kanun: SSK					17 Gecici 20.maddeye tabi çalışanlar <input type="checkbox"/>					
18 Sicil Numarası: 6501201904303					19 BAG: Emekli Sandığı 506-G.20. M					
20 4857 Sayılı Kanunun 13üncü maddesine göre kısmi süreli,14üncü maddesine göre çağrı üzerine ya da ev hizmetlerinde 30 günden az çalışıyor mu?					21 Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>					
22 4-a sigortalılığın dolayısıyla aylığı alıyorsa devam edeceği sigortalılığı					23 Sos. Güv.Des.Primi <input type="checkbox"/>					
24 Sigortalının işe başladığı tarih: 13.11.2020					25 Tüm Sig. Kolları <input type="checkbox"/>					
26 Meslek Adı ve Kodu: Dokuma Konfeksiyon Makineci-8152.69										
27 4857 SK 30üncü maddesine göre çalıştırılacaksa					28 Engelli <input type="checkbox"/>					
					29 Eski Hükümlü <input type="checkbox"/>					
30 Kendi adına bağlanmış çalışan sigortalının					31 19- 6356 SK gereğince belirlenen görev kodu: 02					
					32 Bağlımsız Faaliyetin Adı					
					33 İl: İlçe: Köy:					
C-İŞYERİN/İŞYERİ/VERGİ DAİRESİ/ESNAF SAN.SİC.MEMURLUĞU/ZİRAAT ODASI/TARIM İL/İLÇE MD./ŞİRKET BİLGİLERİ										
21 CSGB İŞ KOLU: 05					22 CSGB DÖLGE MÜDÜRLÜĞÜ DOSYA NUMARASI					
23 SGK İŞYERİ SİCİL NUMARASI					24 S MESLEK DOSYA NO					
25 Vergi Numarası					26 İL					
27 İŞYERİ SİCİL NUMARASI					28 İŞYERİ SIRA NO					
29 İL KOD					30 İLÇE					
31 KONT NO					32 ALT İŞV.					
33 1413					34 01					
35 1045408					36 065					
37 14					38 12					
39 000					40 8720627945					
D-BEYAN VE TAHHÜTLER										
24 İşyerinin/İşyerinin İlgili Kuruluşun Adı-Soyadı Üniv. TUSBA KONU T İNŞAAT TURİZM SANAYİ VE TİCARET LİMİTED ŞİRKETİ					25 İşyerinin(Kurumun) Adresi					
26 Yukarıda yazılı hususların gerçeğe uygun olduğunu beyan ederim.					27 SEMSİBEY OSGB MAH. AHTAMAR CAD. VAN TUSBA No:17 /					
28 Sigortalının adı-soyadı, imzası					29 Mahsun Kocak Mah.					
29 Yukarıda yazılı hususların sigortalının nüfus cüzdanındaki ve beyan ettiği resmi belgelerdeki kayıtları uygun olduğunu,belgenin 5510,4857,5953,854ve 2821 sayılı kanunlarda belirtilen yükümlülükler esas alınarak düzenlendiğini beyan ederim.					30 Onaylayan Yetkilinin (Kaşe/Mühür/İmza)					