



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



02.03.2022 17:44:08
REFERANS KODU:301852922

SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI (T.C.Kimlik Numarası)									
3	4	2	4	4	0	4	9	8	0
BİLGİYEN NAMİYETİ									
İLK					<input type="checkbox"/>				
TEKRAR					<input checked="" type="checkbox"/>				
A-SİGORTALININ KİMLİK ADRES BİLGİLERİ									
1	Adı: REVŞAN								
2	Soyadı: BAYRAM								
3	İlk Soyadı:								
4	Baba Adı: SALİH								
5	Ana Adı: NAHİDE								
6	Doğum Yeri: VAN								
7	Doğum Tarihi: 01.08.1995								
8	Yabancı Uyruklu ise Ülke Adı: TC								
9	Öğrenim durumu: Lise veya dengi o								
10	Mevcut işyeri adı: Menemen Bolnisi								
NÜFUS KAYITLI OLDUĞU YER									
11	İl: VAN								
12	İlçe: BAŞKALE								
13	Mahalle Köy: ÖRENKALE								
14	Cilt No:								
15	Aile Sıra No(Hane Kırak): 21								
16	(Birey)Sıra No: 0								
İKAMETGAH ADRESİ									
17	Bulvar:								
18	Cadde-Sokak:								
19	Dış Kapı: İç Kapı:								
20	Mahalle Köy: Posta Kodu:								
21	İlçe: İl:								
22	Ev Tel: Cep Tel:								
23	E-posta:								
B-SİGORTALININ SOSYAL GÜVENLİK BİLGİLERİ									
24	Sigortalılık Türü Kodu:								
25	Hizmet Akdine tabi çalışanlar: 4 a <input checked="" type="checkbox"/>								
26	Kendi adına bağlanmış çalışanlar muhtar-jokay 4/b: <input type="checkbox"/>								
27	Geçici 20 maddeye tabi çalışanlar: <input type="checkbox"/>								
28	01.10.2008 Tarihinden Önce Hizmeti Varsa: Kurumu: SSK								
29	BAG: Emekli Sandığı: 506-G-20 M								
30	Sicil Numarası: 6501201210691								
31	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"/>								
32	4-a sigortalılığından dolayı aylıklık aylığı alıyorsa devam edeceği sigortalı: <input type="checkbox"/>								
33	Sos. Güv. Dst. Primi: <input type="checkbox"/>								
34	Tüm Sig. Kolları: <input type="checkbox"/>								
35	Sigortalının işe başladığı tarih: 03.03.2022								
36	Meslek Adı ve Kodu: Mütasebe Meslek Elemanı-4311.07								
37	4857 SK 30uncu maddesine göre çalıştırılacaksa: Engelli <input type="checkbox"/>								
38	Eski Hükümeti: <input type="checkbox"/>								
39	19-6356 SK gereğince belirlenen görev kodu: 2								
40	Kendi adına bağlanmış çalışan sigortalının: Bağlımsız Faaliyetin Adı: İl: İlçe: Köy:								
C-İŞVEREN/İŞYERİ/VERGİ DAİRESİ ESNAF SAN.SİC.MEMURLUĞU/ZİRAAT ODASI/TARIM İL İLÇE MD.ŞİRKET BİLGİLERİ									
41	ÇŞGB İŞ KOLU: 20								
42	ÇŞGB BÖLGE MÜDÜRLÜĞÜ DOSYA NUMARASI: 5 MESLEK: DOSYA NO: IL								
43	T 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0								
44	SGK İŞYERİ SİCİL NUMARASI: M								
45	İŞKOLU: 2								
46	ÜNİTE: 1413								
47	YENİ ESKİ: 01								
48	İŞYERİ SIRA NO: 1045408								
49	İL KOD: 065								
50	İLÇE: 14								
51	KONT NO: 32								
52	ALT İŞV: 000								
53	Vergi Numarası: 8720827945								
D-BEYAN VE TAHHÜTLER									
54	İşverenin İşyerinin İlgili Kuruluşun Adı-Soyadı Üv. TUSBA KONU T İNŞAAT TURİZM SANAYİ VE TİCARET LIMITED ŞİRKETİ								
55	İşyerinin (Kurumun) Adresi: ŞEMSİBEY OSGB MAH. AHTAMAR CAD. VAN TUSBA No:17 /								
56	Yukarıda yazılı hususların gereği uygun olduğuna beyan ederim. Sigortalının adı-soyadı, imzası:								
57	Yukarıda yazılı hususların sigortalının nüfus cüzdanındaki ve beyan ettiği resmi belgelerdeki kayıtlara uygun olduğuna,belgenin 5510,4857,5953,854ve 2821 sayılı kanunlarda belirtilen yükümlülükler esas alınarak düzenlendiğini beyan ederim. Onaylayan Yetkilinin (Kaşe Mühür İmza):								