

T.C.  
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU  
SİGORTALI İŞE GİRİŞ BİLDİRGESİ  
(4/1-a-b kapsamındaki sigortalılar için)

Ek-4

SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI (T.C.Kimlik Numarası)										AİLESİNDEN VEYA KENDİSİNDEN SOSYAL GÜVENCESİ VAR MI?					Var <input type="checkbox"/>		
															Yok <input type="checkbox"/>		
<b>A-SİGORTALININ KİMLİK BİLGİLERİ</b>																	
1	Adı								11	Yabancı Uyruklu İse Ülke Adı							
2	Soyadı								12	Öğrenim durumu	İlköğr.	<input type="checkbox"/>	Lise	<input type="checkbox"/>			
3	İlk Soyadı										Ön lisans	<input type="checkbox"/>	Lisans	<input type="checkbox"/>			
4	Baba Adı										Okur yazar	<input type="checkbox"/>	Diğer	<input type="checkbox"/>			
5	Ana Adı								13	Askerlik durumu	Başlangıç-Bitiş Tarihi .../.../.....-.../.../.....						
6	Doğum Yeri										Er	<input type="checkbox"/>	Yedek Sb	<input type="checkbox"/>			
7	Doğum Tarihi								Muaf	<input type="checkbox"/>	Tecilli	<input type="checkbox"/>					
8	Cinsiyeti				Erkek	<input type="checkbox"/>	Kadın	<input type="checkbox"/>	14 İkametgah adresi : Bulvar: ..... Cadde: ..... Sokak:..... Dış Kapı No:..... İç K.No:..... Mahalle/Köy:..... Posta Kodu : ..... İlçe:..... İl:..... Görevi Ev Tel Cep Tel								
9	Medeni Hali				Evlü	<input type="checkbox"/>	Bekar	<input type="checkbox"/>									
NÜFUSA KAYITLI OLDUĞU YER																	
10	İl																
	İlçe																
	Mahalle/Köy																
	Cilt No																
	Aile SıraNo(Hane-Küttük)																
	(Birey) Sıra No																
<b>B- SİGORTALININ SOSYAL GÜVENLİK BİLGİLERİ</b>																	
15	Sigortalılık Türü/kodu	4 (a) Hizmet Akdine Tabi Çalışan				Sigortalılık Kodu		4 (b) Muhtar ile Hizmet Akdine Bağlı Olmaksızın Kendi Adına ve Hesabına Bağımsız Çalışan				16		Sigortalı İş Kanununun 30. Maddesine Göre Çalıştırılıyorsa		Eski Hükümlü	<input type="checkbox"/>
																Özürlü	<input type="checkbox"/>
17	01.10.2008 Tarihinden Önce Çalışmış İşe		Kurumu		SSK		Bağ-Kur		Emekli Sandığı		506-G.20. mad. san.						
			Sicil Numarası														
18	Yaşlılık Aylığı Alıyorsa Devam Etmek İsteddiği Sigorta Kolu						Sosyal Güv.Dest.Primi		<input type="checkbox"/>	Tüm Sig. Kolları					<input type="checkbox"/>		
19	4-1/b Kapsamındaki Sigortalının				Mesleği		Meslek İli		Meslek İlçesi								
20	Sigortalının İşe Başladığı Tarih				.../.../.....												
<b>C-BEYAN VE TAAHHÜTLER</b>																	
21	Yukarıda yazılı hususların gerçeğe uygun olduğunu ve olabilecek değişiklikleri derhal Kuruma ve İşverene bildireceğimi beyan ederim. .../.../.....										Sigortalının Adı- Soyadı: İmzası						
22	<b>İŞYERİ SİCİL NUMARASI</b>										<b>İLGİLİ KURUM/KURULUŞ/ VERGİ DAİRESİ / ODA /TİCARET-ESNAF SİCİL NUMARASI</b>						
	M	İŞKOLU KODU	ÜNİTE KODU ESKİ	ÜNİTE KODU YENİ	İŞYERİ SIRA NUMARASI	İL KODU	İLÇE KODU	KONT NO	ALT İŞV								
24	İşverenin/İşyerinin/İlgili Kuruluşun Adı-Soyadı/Ünv.										İşverenin/İşyerinin/İlgili Kuruluşun Adresi						
	.....										Bulvar: ..... Cadde: .....						
.....										Sokak:..... Dış Kapı No:..... İç K.No:.....							
.....										Mahalle/Köy:..... Posta Kodu : .....							
.....										İlçe:..... İl:.....							
Yukarıda yazılı hususların sigortalının nüfus cüzdanındaki ve beyan ettiği resmi belgelerdeki kayıtlara uygun bulunduğunu ve doğru olduğunu beyan ederim. ...../...../..... Onaylayanın Yetkilinin Adı Soyadı, İmzası, Mühür veya Kaşesi																	