

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)										BELGENİN MAHİYETİ		İlk ☐		
												Tekrar ☐		
A-SİGORTALININ KİMLİK BİLGİLERİ														
1	Adı						11	Yabancı Uyruklu İşe Ülke Adı						
2	Soyadı						12	Öğrenim durumu			İlköğr. ☐ Lise ☐			
3	İlk Soyadı										Ön lisans ☐ Lisans ☐			
4	Baba Adı										Okur yazar ☐ Diğer ☐			
5	Ana Adı													
6	Doğum Yeri						13	Askerlik durumu			Başlangıç-Bitiş Tarihi .../.../...-.../.../...			
7	Doğum Tarihi										Er ☐ Yedek Sb ☐			
8	Cinsiyeti			Erkek ☐ Kadın ☐			14	İkametgah adresi : Bulvar: Cadde: Sokak: Dış Kapı No: İç K.No: Mahalle/Köy: Posta Kodu : İlçe: İl:.....			Muaf ☐ Tecilli ☐			
9	Medeni Hali			Evli ☐ Bekar ☐										
10	NÜFUSA KAYITLI OLDUĞU YER													
	İl													
	İlçe													
	Mahalle/Köy													
	Cilt No													
	Aile SıraNo(Hane-Kütük)													
(Birey) Sıra No									Görevi					
									Ev Tel					
									Cep Tel					
B- SİGORTALININ SOSYAL GÜVENLİK BİLGİLERİ														
15	Sigortalılık Türü/"kodu		Sigortalılık Kodu				16	Sigortalı İş Kanununun 30. Maddesine Göre Çalıştırılıyorsa				Eski Hükümlü ☐		
			4 (a) Hizmet Akdine Tabi Çalışan ☐									Özürlü ☐		
			4 (b) Muhtar ile Hizmet Akdine Bağlı Olmaksızın Kendi Adına ve Hesabına Bağımsız Çalışan ☐							Terör mağduru ☐				
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 ☐		Tüm Sig. Kolları ☐				
19	4-1/b Kapsamındaki Sigortalının				Mesleği		Meslek İli		Meslek İlçesi					
20	Sigortalının İşe Başladığı Tarih													
C-BEYAN VE TAAHHÜTLER														
21	Yukarıda yazılı hususların gerçeğe uygun olduğunu ve olabilecek değişiklikleri derhal Kuruma ve İşverene bildireceğimi beyan ederim. /..... /.....													
22	İŞYERİ SİCİL NUMARASI										23	İLGİLİ KURUM/KURULUŞ/ VERGİ DAİRESİ / ODA /TİCARET-ESNAF SİCİL NUMARASI		
	M	İŞKOLU KODU	UNİTE KODU ESKİ 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														