



T.C.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU
SİGORTALI İŞE GİRİŞ BİLDİRGESİ
(47-a-b ve 506 SK GM 29 kapsamındaki sigortalılar için)

ssk.gov.tr, referans no



18.04.2016 14:47:32
REFERANS KODU:73891635

SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI (T.C.Kimlik Numarası)										
2	1	8	9	2	2	2	5	0	1	2
BELGENİN MAHİYETİ		İLK		<input type="checkbox"/>						
		TEKRAR		<input checked="" type="checkbox"/>						
A-SİGORTALININ KİMLİK/ADRES BİLGİLERİ										
1 Ad				NUFUSA KAYITLI OLDUĞU YER						
2 Soyad				İl						
3 İlk Soyadı				İlçe						
4 Baba Adı				10 Mahalle/Köy						
5 Ana Adı				Cilt No						
6 Doğum Yeri				Aile Sıra No(Hane/Köy)						
7 Doğum Tarihi				(Büye/Sıra No)						
8 Yabancı Uyruklu ise Ülke Adı				TC						
9 Öğrenim durumu				İKAMETGAH ADRESİ						
Mesajlar yılı				Balva						
0				Cadd-Sokak						
				0 0		Dış Kapı: 0		İç Kapı: 0		
				11 Mahalle/Köy		0		Posta Kodu		
				İlçe		İZMİT		KOCAELİ		
				Ev Tel		00		Cep Tel 00		
				E-posta						
B-SİGORTALININ SOSYAL GÜVENLİK BİLGİLERİ										
12 Sigortalılık Türü/Kodu		Hizmet Akadine tabi çalışanlar		Kendi adına bağımsız çalışanlar maltra-jokery 4/b		Geçici 20 maddeye tabi çalışanlar				
		4/a <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
13 01.10.2008 Tarihinden Önce Hizmeti Varsa;		Kurumu		SSK		BAG		Emekli Sandığı		
		Sicil Numarası						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 sigortalıdır		Sos. Güv.Des.Primi <input type="checkbox"/>		Tüm Sig. Kolları <input type="checkbox"/>						
16 Sigortalının işe başladığı tarih		18.04.2016								
17 Meslek Adı ve Kodu		Stajyer (Öğrenci)								
18 4857 SK 30uncu maddesine göre çalıştırılacaksa		Özetle <input type="checkbox"/>		Eski Hizmetli <input type="checkbox"/>		19- 2821 SK gereğince belirlenen görev kodu:		0		
20 Kendi adına bağımsız çalışan sigortalının		Bağımsız Faaliyetin Adı		İl		İlçe		Köy		
C-İŞVEREN/İŞYERİ/VERGİ DAİRESİ/ESNAF SAN.SİC.MEMURLUĞU/ZİRAAT ODASI/TARIM İL/İLÇE MD./ŞİRKET BİLGİLERİ										
21 ÇSGB İŞ KOLU:		ÇSGB BÖLGE MÜDÜRLÜĞÜ		S MESLEK		DOSYA NO		İL		
		DOSYA NUMARASI		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		
		I		YENİ ESKİ				İLÇE		
				01 01				KONT NO		
								ALT İŞV.		
23 Vergi Numarası										
D-BEYAN VE TAAHHÜTLER										
24 İşverenin/İşyerinin/İlgili Kurulunun Adı-Soyadı/Ünvanı T.C.KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ MÜHENDİSLİK FAKÜLTESİ					İşyerinin(Kurumun) Adresi UMUTTEPE YERLEŞKESİ X KOCAELİ İZMİT No X /					
25 Yukarıda yazılı hususların gerçeğe uygun olduğunu beyan ederim.					Sigortalının adı-soyadı, imzası					
26 Yukarıda yazılı hususların sigortalının nüfus cüzdanındaki ve beyan ettiği resmi belgelerdeki kayıtlara uygun olduğunu,belgenin 5510,4857,5953,854ve 2821 sayılı kanunlarda belirtilen yükümlülükler esas alınarak düzenlendiğini beyan ederim. Oraylayan Yetkilinin (Kaşe/Mühür/İmza)										

