

SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI (T.C.Kimlik Numarası/Yabancı Kimlik No)				BELGENİN MAHİYETİ		İlk <input type="checkbox"/>		İşveren re'sen 4/a <input type="checkbox"/>		4/b <input type="checkbox"/>		Geçici 20.md. <input type="checkbox"/>					
						Tekrar <input type="checkbox"/>		1.defa re'sen <input type="checkbox"/>				2.defa re'sen <input type="checkbox"/>					
A-SİGORTALININ KİMLİK / ADRES BİLGİLERİ																	
				NUFUSA KAYITLI OLDUĞU YER													
1 Adı				11 İl				İlçe				Mahalle/Köy					
2 Soyadı				Cilt No.				Aile S.No.(Hane/Kütük)				(Birey) Sıra No.					
3 İlk Soyadı				İKAMETGAH ADRESİ													
4 Baba Adı				Bulvar:.....Cadde:.....													
5 Ana Adı				Sokak:.....Dış Kapı No:.....İç Kapı No:.....													
6 Doğum Yeri				Mahalle/Köy:.....Posta Kodu:.....													
7 Doğum Tarihi				İlçe:.....İl:.....													
8 Cinsiyeti		Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/>		Ev Tel:..... Cep Tel:.....													
9 Medeni Hali		Evlü <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/>		e-posta:.....													
10 Yabancı Uruklu ise Ülke Adı																	
B- SİGORTALININ SOSYAL GÜVENLİK BİLGİLERİ																	
13 Sigortalılık Türü / Kodu		Hizmet akdine tabi çalışanlar 4/a <input type="checkbox"/>		Kendi adına bağımsız çalışanlar, muhtar-jokey 4/b <input type="checkbox"/>		Geçici 20.maddeye tabi çalışanlar <input type="checkbox"/>											
14 2008 Mayıs ayından önce çalışmış ise		Kurum		SSK		Bağ-Kur		Emekli Sandığı		506 SK Geçici 20 nci madde							
		Sicil No															
15 4857 sayılı Kanununun 13 üncü maddesine göre kısmi süreli, 14 üncü maddesine göre çağrı üzerine ya da ev hizmetlerinde 30 günden az çalışıyor mu?								Evet <input type="checkbox"/>		Hayır <input type="checkbox"/>							
16 4/a sigortalılığından dolayı aylıklık aylığı ahyorsa devam etmek istediği sigorta kolu ?								Sosyal Güvenlik Destek Primi <input type="checkbox"/>		Tüm Sigorta Kolları <input type="checkbox"/>							
17 Sigortalının işe başlayacağı/başladığı tarih	/...../.....															
18 Meslek adı ve kodu																
19 4857 SK 30 uncu maddesine göre çalıştırılacaksa		Özürü <input type="checkbox"/>		Eski Hükümlü <input type="checkbox"/>		20 2821 SK gereğince belirlenen görev kodu										
21 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																	
22 ÇSGB İŞ KOLU		<input type="checkbox"/>															
23 SGK İŞYERİ SİCİL NUMARASI		M		İŞKOLU KODU		ÜNİTE KODU YENİ ESKİ		İŞYERİ SIRA NUMARASI		İL KODU		İLÇE KODU		KONT. NO		ALT İŞV. NO	
24 Vergi Numarası																	
D-BEYAN VE TAAHHÜTLER																	
25 İşverenin/İşyerinin/İlgili Kuruluşun Adı-Soyadı/Unv				İşverenin/İşyerinin/İlgili Kuruluşun Adresi													
				Bulvar: Cadde:													
				Sokak:..... Dış Kapı No:..... İç K.No:.....													
				Mahalle/Köy:..... Posta Kodu :													
				İlçe:..... İl:.....													
26 Yukarıda yazılı hususların gerçeğe uygun olduğunu beyan ederim. /..... /.....								Sigortalının adı-soyadı: İmzası:									
27 Yukarıda yazılı hususların sigortalının nüfus cüzdanındaki ve beyan ettiği resmi belgelerdeki kayıtlara uygun olduğunu, belgenin 5510, 4857, 5953, 854 ve 2821 sayılı kanunlarda belirtilen yükümlülükler esas alınarak düzenlendiğini beyan ederim.								Onaylayanın / Yetkilinin (Kaşe / Mühür / İmza)									