

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

<b>SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI</b> (T.C.Kimlik Numarası)										<b>BELGENİN MAHİYETİ</b>					İlk <input type="checkbox"/>				
															Tekrar <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										
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-Kütük)																		
(Birey) Sıra No																			
<b>B- SİGORTALININ SOSYAL GÜVENLİK BİLGİLERİ</b>																			
15	Sigortalılık Türü/"kodu		4 (a) Hizmet Akdine Tabi Çalışan <input type="checkbox"/>				Sigortalılık Kodu				16				Eski Hükümlü <input type="checkbox"/>				
			4 (b) Muhtar ile Hizmet Akdine Bağlı Olmaksızın Kendi Adına ve Hesabına Bağımsız Çalışan <input type="checkbox"/>												Özürlü <input type="checkbox"/>				
17		01.10.2008 Tarihinden Önce Çalışmış İse		Kurumu		SSK		Bağ-Kur		Emekli Sandığı		506-G.20. mad. san.							
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>				
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																			