



SOSYAL SİGORTALAR KURUMU
SİGORTALI İŞE GİRİŞ BİLDİRGESİ

A-BELGENİN MAHİYETİ

İlk :
Tekrar :

B-SİGORTALININ KİMLİK BİLGİLERİ

SİGORTA SİCİL NUMARASI

Kontrol
Numarası

KİMLİK BİLGİLERİ

| | | |
|-----|-------------------------------|--|
| 1. | T.C. Kimlik No | |
| 2. | Vergi Kimlik No | |
| 3. | Soyadı | |
| 4. | İlk Soyadı | |
| 5. | Adı | |
| 6. | Baba Adı | |
| 7. | Ana Adı | |
| 8. | Doğum Yeri | |
| 9. | Doğum Tarihi | / / |
| 10. | Cinsiyeti | Erkek : <input type="checkbox"/> Kadın : <input type="checkbox"/> |
| 11. | Uyruğu (Yabancı ise Ülke Adı) | T.C. : <input type="checkbox"/> Ülke Adı : |
| 12. | Öğrenim Durumu | İlk : <input type="checkbox"/> Orta : <input type="checkbox"/> Lise : <input type="checkbox"/> Yüksek : <input type="checkbox"/> Okuryazar : <input type="checkbox"/> Diğer : |

| | | |
|-----|---------------------------|-----------------|
| 13. | Nüfusa Kayıtlı Olduğu Yer | |
| | İl | |
| | İlçe | |
| | Mahalle / Köy | |
| | Cilt No | |
| | Aile Sıra No (Hane-Kütük) | |
| | Sıra No | |
| | Sayfa No | |
| 14. | İkâmetgah Adresi : | |
| | | |
| | Posta Kodu : | |
| | Ev Tel : | Cep Tel : |

Sigortalının
Son 6 Ay İçinde
Çekilmiş
Fotoğrafını
Yaptırdınız.

C-SİGORTALININ SOSYAL GÜVENLİK BİLGİLERİ

| | | |
|-----|---|---|
| 15. | Sosyal Sigortalar Kurumundan (SSK) Yaşlılık Aylığı Ahyorsa Devam Etmek İsteddiği Sigorta Kolu | Sosyal Güvenlik Destek Primi : <input type="checkbox"/> Tüm Sigorta Kolları : <input type="checkbox"/> |
| 16. | Diğer Sosyal Güvenlik Kurumlarında Geçen Hizmetleri ve Bu Kurumlardan Aylık Alıp Almadığı | |
| | Kurumun Adı | Sicil / Sandık No |
| | T.C. Emekli Sandığı | Aylık Alıyor mu? Evet : <input type="checkbox"/> Hayır : <input type="checkbox"/> |
| | Bağ-Kur | Evet : <input type="checkbox"/> Hayır : <input type="checkbox"/> |
| | Diğer : | Evet : <input type="checkbox"/> Hayır : <input type="checkbox"/> |
| 17. | Bu İşyerine Girmeden Önce Sigortalı Olarak Çalışmış İse Son Çalıştığı İşyerinin | |
| | Bulunduğu İl / İlçe | Ünvanı |
| | | Adresi |
| | | |
| 18. | Sigortalının İşe Başlayacağı / Başladığı Tarih / / | |
| 19. | Sigortalı İş Kanununun 30 uncu Maddesine Göre Çalıştırılıyorsa | Eski Hükümlü : <input type="checkbox"/> Sakat : <input type="checkbox"/> |

D-BEYAN VE TAAHHÜTLER

20. Yukarıda yazılı hususların gerçeğe uygun olduğunu ve olabilecek değişiklikleri derhal Kuruma ve işverene bildireceğimi beyan ederim.
Tarih : / /

Sigortalının Adı-Soyadı ve İmzası

| | | | | | | | | |
|--|--------------|---|------|----------------------|---------|-----------|------------------|------------|
| İşverenin Adı-Soyadı / Ünvanı SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ SÜTÇÜLER PROF.DR.HASAN GÜRBÜZ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ | | İŞYERİ SİCİL NO | | | | | | |
| M | İŞ KOLU KODU | ÜNİTE KODU | | İŞYERİ SIRA NUMARASI | İL KODU | İLÇE KODU | KONTROL NUMARASI | ARACI KODU |
| | | YENİ | ESKİ | | | | | |
| İşyerinin Adresi | | Birlik Mahallesi Atatürk Caddesi No:67 Sektör : | | | | | | |
| İşyerinin Adresi | | İlçe: Sütçüler Şehir : ISPARTA Posta Kodu : 32950 | | | | | | |
| Yukarıda yazılı hususların sigortalının Nüfus Cüzdanındaki ve beyan ettiği resmi belgelerdeki kayıtlara uygun bulunduğunu ve doğru olduğunu, sigortalı işyerimizden ayrıldığında Kuruma usulüne uygun bildireceğimi beyan ederim. Tarih : / / | | İşverenin veya Vekilinin Adı-Soyadı ve İmzası, Mühür veya Kaşesi | | | | | | |