

SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI (T.C.Kimlik Numarası/Yabancı Kimlik No)												
1	Adı											
2	Soyadı											
3	İlk Soyadı											
4	Baba Adı											
5	Ana Adı											
6	Doğum Yeri											
7	Doğum Tarihi											
8	Cinsiyeti	Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/>										
9	Medeni Hali	Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/>										
10	Yabancı Uyruklu ise Ülke Adı	.....										
<b>A-SİGORTALININ KİMLİK/ADRES BİLGİLERİ</b>												
<b>NUFUSA KAYITLI OLDUĞU YER</b>												
11	İl											
	İlçe											
	Mahalle/Köy											
	Cilt No											
	Aile Sıra No (Hane/Kütük)											
	(Birey) Sıra No											
<b>İKAMETGAH ADRESİ</b>												
Bulvar:.....Cadde:.....												
Sokak:.....Dış Kapı No:.....İç Kapı No:.....												
12	Mahalle/Köy:.....Posta Kodu:.....											
	İlçe:.....İl:.....											
	Ev Tel:..... Cep Tel:.....											
	e-posta:.....											
<b>B - SİGORTALININ SOSYAL GÜVENLİK BİLGİLERİ</b>												
13	2008 Mayıs ayından önce çalışmış ise	Kurum	SSK	Bağ-Kur	Emekli Sandığı	506 SK Geçici 20.madde						
		Sicil No										
14	Meslek adı ve kodu	.....										
<b>C - SİGORTALININ HİZMET BİLGİLERİ</b>												
15	Sigortalının İşten Ayrılış Tarihi	.... / .... / .....	16	Sigortalının işten ayrılış nedeni(kodu)	.....							
17	Yıl	Ay	Belge Türü	Gün Sayısı	Prime Esas Kazanç		Ay içinde		Eksik Gün			
					Hak edilen ücret	Prım, ikramiyeye bu nitelikteki istihkak	İşe giriş tarihi	İşten Çıkış Tarihi	Sayısı	Nedeni		
							GÜN	AY	GÜN	AY		
18	ÜCRET (yüzde usulü)	Evet <input type="checkbox"/>		Hayır <input type="checkbox"/>								
<b>D-İŞVEREN/ İŞYERİ / VERGİ DAİRESİ/ ESNAF SAN. SİC. MEMURLUĞU / ZİRAAT ODASI / TARIM İL /İLÇE MD. / ŞİRKET BİLGİLERİ</b>												
19	ÇSGB İŞ KOLU	.....										
20	SGK İŞYERİ SİCİL NUMARASI	M	İŞKOLU KODU	ÜNİTE KODU YENİ	ESKİ	İŞYERİ SIRA NUMARASI	İL KODU	İLÇE KODU	KONT. NO	ALT İŞV. NO		
21	Vergi Numarası	.....										
<b>E-BEYAN VE TAAHHÜTLER</b>												
22	İşveren/İşyerinin/İlgili Kuruluşun Adı-Soyadı/Unv	İşveren/İşyerinin/İlgili Kuruluşun Adresi										
	.....	Bulvar: ..... Cadde: .....										
	.....	Sokak:..... Dış Kapı No:..... İç K.No:.....										
	.....	Mahalle/Köy:..... Posta Kodu : .....										
	.....	İlçe:..... İl:.....										
23	Yukarıda yazılı hususların gerçeğe uygun olduğunu beyan ederim. .... / ..... / .....	Sigortalının adı-soyadı: İmzası:										
24	Yukarıda yazılı hususların sigortalının nüfus cüzdanındaki ve beyan ettiği resmi belgelerdeki kayıtlara uygun olduğunu ve bildirgenin 5510, 4447, 4857, 5953, 854 ve 2821 sayılı kanunlarda belirtilen yükümlülükler esas alınarak düzenlendiğini beyan ederim.	Onaylayanın / Yetkilinin (Kaşe / Mühür / İmza)										