



T.C.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU
SİGORTALI İŞE GİRİŞ BİLDİRGESİ
(4/1-a-b ve 506 SK GM 20 kapsamındaki sigortalılar için)

ssk.gov.tr, referans no



20.07.2026 13:53:20
REFERANS KODU:521455325

SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI (T.C.Kimlik Numarası)										BELGENİN MAHİYETİ		
1	1	6	1	5	8	2	6	7	1	8	İLK	☐
										TEKRAR	☒	

A-SİGORTALININ KİMLİK/ADRES BİLGİLERİ																								
1 Adı					YUNUS					NUFUSA KAYITLI OLDUĞU YER														
2 Soyad					ERDİN					İl					47									
3 İlk Soyadı										İlçe					Mazıdağı									
4 Baba Adı					BURHAN					Mahalle/Köy					BALPINAR									
5 Ana Adı					İCRET					Cilt No														
6 Doğum Yeri					MAZIDAĞI					Aile Sıra No(Hane/Kütük)					22									
7 Doğum Tarihi					04.01.2008					(Birey)Sıra No					587									
8 Yabancı Uyruklu ise Ülke Adı					TC					İKAMETGAH ADRESİ														
9 Öğrenim durumu					Lise veya dengi o.					Bulvar														
9 Mezuniyet yılı:					Mezuniyet Bölümü:					Cadde-Sokak					Dış Kapı:					İç Kapı:				
0										Mahalle/Köy					Posta Kodu									
										İlçe					İl									
										Ev Tel					Cep Tel									
										E-posta														

B-SİGORTALININ SOSYAL GÜVENLİK BİLGİLERİ									
12 Sigortalılık Türü/Kodu		Hizmet Akdine tabi çalışanlar		Kendi adına bağımsız çalışanlar muhtar-jokey 4/b		Geçici 20.maddeye tabi çalışanlar			
		4/a ☒		☐		☐			
13 01.10.2008 Tarihinden Önce Hizmeti Varsa;		Kurumu		SSK		BAG		Emekli Sandığı	
		Sicil Numarası		4701202103345					
14 4857 Sayılı Kanunun 13üncü maddesine göre kısmi süreli,14üncü maddesine göre çağrı üzerine ya da ev hizmetlerinde 30 günden az çalışıyor mu?				Evet ☐		Hayır ☒			
15 4-a sigortalılığından dolayı aylıklı aylığı alıyorsa devam edeceği sigortatürü				Sos. Güv.Des.Primi ☐		Tüm Sig. Kolları ☐			
16 Sigortalının işe başladığı tarih		20.07.2026							
17 Meslek Adı ve Kodu		İş Makineleri Operatörü-8342.33							
18 4857 SK 30uncu maddesine göre çalıştırılacaksa		Engelli ☐		Eski Hükümlü ☐		19- 6356 SK gereğince belirlenen görev kodu:		02	
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: 03		ÇSGB BÖLGE MÜDÜRLÜĞÜ DOSYA NUMARASI		S MESLEK		DOSYA NO		İL	
				0		0		0	
22 SGK İŞYERİ SİCİL NUMARASI		M		İŞKOLU		ÜNİTE		İŞYERİ SIRA NO	
		2		4312		YENİ		ESKİ	
				01		01		1045394	
23 Vergi Numarası				044		10		71	
				000					

D-BEYAN VE TAAHHÜTLER									
24 İşverenin/İşyerinin/İlgili Kuruluşun Adı-Soyadı/Ünv.					İşyerinin(Kurumun) Adresi				
MUSTAFA AS LAN					ÜÇBAĞLAR MAH ARI MALATYA BATTALGAZI No:4 /A				
25 Yukarıda yazılı hususların gerçeğe uygun olduğunu beyan ederim.					Sigortalının adı-soyadı, İmzası				
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.					Onaylayan Yetkilinin (Kaşe/Mühür/İmza)				