



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



05.02.2026 17:27:50
REFERANS KODU:498867510

SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI (T.C.Kimlik Numarası)										BELGENİN MAHİYETİ		
1	7	4	1	1	8	3	2	0	5	2	İLK	☐
										TEKRAR	☒	

A-SİGORTALININ KİMLİK/ADRES BİLGİLERİ											
1						2					
Adı						AHMET					
2						Soyad					
						KARAYILAN					
3						İlk Soyadı					
4						Baba Adı					
						MEHMET EMİN					
5						Ana Adı					
						UVEYŞ					
6						Doğum Yeri					
						BİRECİK					
7						Doğum Tarihi					
						02.02.1998					
8						Yabancı Uyrıklı ise Ülke Adı					
						TC					
9						Öğrenim durumu					
						Lise veya dengi o.					
9						Mezuniyet yılı:					
						Mezuniyet Bölümü:					

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							
								Sicil Numarası				3421201603952				Emekli Sandığı							
																506-G.20. M							
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											
												05.02.2026											
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				İL KOD				İLÇE				KONT NO				ALT İŞV.							
								2				4312				01				01				1056202				044				10				15				000			
23				Vergi Numarası																																							

D-BEYAN VE TAAHHÜTLER																	
24						İşverenin/İşyerinin/İlgili Kuruluşun Adı-Soyadı/Ünv.						İşyerinin(Kurumun) Adresi					
						ASLAN ENER GY MADENCİLİK SANAYİ VE TİCARET LİMİTED ŞİRKETİ						ÜÇBAĞLAR MAH ARI SOK 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)					