



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



12.05.2026 14:38:43
REFERANS KODU:510808991

SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI (T.C.Kimlik Numarası)										
2	9	4	4	6	7	7	0	2	7	8
BELGENİN MAHİYETİ					İLK		☐			
					TEKRAR		☒			

A-SİGORTALININ KİMLİK/ADRES BİLGİLERİ									
1					2				
Adı					ESAT				
2					Soyad				
					KAYA				
3					İlk Soyadı				
4					Baba Adı				
					AHMET				
5					Ana Adı				
					ZAHİDE				
6					Doğum Yeri				
					KAHRAMANMARAŞ				
7					Doğum Tarihi				
					10.01.1993				
8					Yabancı Uruklu ise Ülke Adı				
					TC				
9					Öğrenim durumu				
					Lise veya dengi o.				
9					Mezuniyet yılı:				
					0				
					Mezuniyet Bölümü:				

10									
NUFUSA KAYITLI OLDUĞU YER									
İl					KAHRAMANMARAŞ				
İlçe					ONİKİŞUBAT				
Mahalle/Köy					YAYLAÜSTÜ				
Cilt No									
Aile Sıra No(Hane/Kütük)					8				
(Birey)Sıra No					160				
11									
İKAMETGAH ADRESİ									
Bulvar									
Cadde-Sokak					Dış Kapı:		İç Kapı:		
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	
				Sicil Numarası		0602201467586			
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		12.05.2026					
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	
						0		0	
22		SGK İŞYERİ SİCİL NUMARASI		M		İŞKOLU		İŞYERİ SIRA NO	
				2		4312		044	
23		Vergi Numarası		0		İL		İLÇE	
						0		10	

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)							