

**T.C.**  
**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU**  
**SİGORTALI İŞTEN AYRILIŞ BİLDİRGESİ**  
(4/1-c kapsamındaki sigortalı için)

A- SİGORTALININ KİMLİK/ADRES BİLGİLERİ									
Sosyal Güvenlik Sicil No (T.C. Kimlik No)					NUFUSA KAYITLI OLDUĞU YER				
1.	Adı				<b>11.</b>	İl			
2.	Soyadı					İlçe			
3.	İlk Soyadı					Mahalle			
4.	Baba Adı					Cilt No			
5.	Ana Adı					Aile Sıra No (Hane-Kütük)			
6.	Doğum Yeri					Birey Sıra No			
7.	Doğum Tarihi				<b>12.</b>	Yabancı Uyruklu İse Ülke Adı			
8.	Cinsiyeti	Erkek	: <input type="checkbox"/>	Kadın	: <input type="checkbox"/>	<b>13.</b>	Emeklilik Sicil Numarası		
9.	Medeni Hali	Evli	: <input type="checkbox"/>	Bekar	: <input type="checkbox"/>	<b>14.</b>	Kurum Sicil Numarası		
15.	İkametgah adresi : Bulvar..... Cadde: .....Sokak:..... Dış Kapı No:.....İç Kapı No:..... Posta Kodu : ..... Mahalle/Köy..... İlçe:..... İl:.....								
16.	İşe Giriş Tarihi	...../...../.....			Görevden Ayrılış Tarihi	...../...../.....			
17.	Görevden Ayrılma Nedeni								

B- 5434 S.K.GÖRE SİGORTALILIKLARI DEVAM EDEN ÇALIŞANLAR						
HİZMET SÜRESİ			EMEKLİLİK KESENEĞİNE ESAS AYLIK UNSURLARI			TUTAR
Yıl	Ay	Gün				
			Derece / Kademe			
			Ek Gösterge (Varsa)			
			Taban Aylık Tutarı			
			Kıdem Aylığı (Yıl-Gösterge)			
			5434 S.K.Nun Mülga Ek 70.Maddesi Uyarınca Tespit Edilen Emeklilik Tazminat Tutarı			
			Toplam Tutar			

C - 5510 S.K. GÖRE İLK DEFA (4/c) KAPSAMINA ALINAN SİGORTALILAR						
HİZMET SÜRESİ			PRİME ESAS KAZANÇ UNSURLARI			TUTAR
Yıl	Ay	Gün				
			Derece / Kademe			
			Ek Gösterge (Varsa)			
			Taban Aylık Tutarı			
			Kıdem Aylığı (Yıl-Gösterge)			
			Makam Temsil Görev Tazminatı Toplamı			
			Diğer Tazminatlar			
			Toplam Tutar			

D - İŞYERİ BİLGİLERİ					
İşyerinin (Kurumun) Adı					
Sigortalının en son görev yaptığı birimin adı					
İşyerinin (Kurumun) Adresi			<b>İ Ş Y E R İ S İ C İ L N O</b>		
Bulvar .....Cadde: .....			ÜNİTE KODU		SAYMANLIK KURUM NUMARASI
Sokak:.....			ESKİ	YENİ	
Dış Kapı No :.....İç Kapı No:.....			İL KODU		İLÇE KODU
Mahalle/Köy.....			ÇSGB İŞ KOLU KODU		M
Posta Kodu : .....			MESLEK KOD		BÖLGE MÜDÜRLÜĞÜ DOSYA NO
İlçe:.....			İL		İL
İl:.....					
Yukarıdaki bilgilerin ilgili adına doğruluğunu kabul ederim. ....../...../.....					
KURUM YETKİLİSİNİN					
Adı Soyadı :					
Unvanı :					
Mühür veya Kaşe / İmza :					

## AÇIKLAMALAR

1. Bu belge, kamu idarelerinde 5510 sayılı Kanununun (4/c) bendi kapsamında çalışan sigortalıların Kanununun 9 uncu maddesine göre görevlerinden ayrılışlarının bildirilmesi amacıyla kullanılır.
2. Sigortalı işten ayrılış bildirgesi Kuruma internet, elektronik veya benzeri ortamda verilir.
3. Bu belge;
  - a. Ölüm veya aylık bağlanmasını gerektiren hallerde görev aylıklarının kesildiği tarihi, 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı Kanununun 40 ıncı maddesinde belirtilen yaş hadleri ile sıhhi izin sürelerinin doldurulması halinde ise bu süre ve hadlerin doldurulduğu tarihleri takip eden aybaşından, diğer hallerde ise görevden ayrıldıkları tarihten itibaren on gün içerisinde,
  - b. Kanununun 6 ncı maddesinin birinci fıkrasının (1) bendi kapsamında sigortalı çalışanlar için görevlerinden ayrıldıkları tarihten itibaren 3 ay içerisinde, Kuruma verilmek zorundadır.
4. “SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI” hanesine, T.C kimlik numarası, yabancı uyruklular için ise Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğüne verilen kimlik numarası yazılır.
5. “A-SİGORTALININ ADRES/KİMLİK BİLGİLERİ” bölümünün bütün haneleri, nüfus cüzdanına ve sigortalı tarafından işverene ibraz edilen diğer resmi belgelere göre tam, doğru ve okunaklı olarak doldurulur.
6. 13 numaralı alana 5434 sayılı Kanun gereğince Emekli Sandığı sicil numarası yazılır.
7. 14 numaralı alana ilgili kurumca verilen kurum sicil numarası yazılır.
8. 16 numaralı alan sigortalının işe başladığı ve ayrıldığı tarihler yazılır.
9. 17 numaralı alana aşağıda kod numaraları belirtilen nedenlere göre sigortalının görevden ayrılma nedeni yazılır.

### Görevden Ayrılma Sebepleri

1	Emeklilik	6	Askerlik nedeniyle ücretsiz izin	11	Terhis olma (Yd subay)
2	Ölüm	7	Başka bir kurumdan geçici görevlendirme	12	Sözleşme feshi
3	İstifa	8	Re’sen emeklilik	13	Firar
4	Nakil	9	Ücretsiz izin	14	Görev süresinin sona ermesi
5	Göreve son verme	10	Müstafi sayılma		

10. “B- 5434 S.K.GÖRE SİGORTALILIKLARI DEVAM EDEN ÇALIŞANLAR” bölümü 5434 sayılı Kanun hükümlerine göre doldurulur.
11. “C-5510 S.K. GÖRE İLK DEFA (4/c) KAPSAMINA ALINAN SİGORTALILAR” alanı, 5510 sayılı Kanununun 80 inci maddesinin üçüncü fıkrasına göre doldurulur.
12. “D - İŞYERİ BİLGİLERİ” bölümüne sigortalının;
  - a. Görev yaptığı kurumun tam adı, (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Karayolları Genel Müdürlüğü, Gelir İdaresi Başkanlığı....vb. )
  - b. Görev yaptığı birimin tam adı, (Karayolları 4. Bölge Müdürlüğü, İl Milli Eğitim Müdürlüğü, Mehmet Akif Ersoy İlköğretim Okulu.....vb.)
  - c. ÇSGB iş koluna 2821 sayılı Kanununun 60 ıncı maddesine belirlenen iş kolu ve çalışma Bölge Müdürlüğüne belirlenen dosya numarası yazılır.

Kurumca işyerine verilen sicil numarası eksiksiz yazılır ve işveren tarafından imzalanır.