



İSTANBUL SERBEST MUHASEBECİ MALİ MÜŞAVİRLER ODASI  
ISTANBUL CHAMBER OF CERTIFIED PUBLIC ACCOUNTANTS

# İŞÇİ ÖZLÜK DOSYASI 2010



**Yahya ARIKAN**

*İSMMMÖ Başkanı • Serbest Muhasebeci Mali Müşavir*

**Dr. Gülsüm ÖKSÜZÖMER YILMAZ**

*Serbest Muhasebeci Mali Müşavir • Sosyal Güvenlik Mevzuat Danışmanı*

## ÖNSÖZ

Değerli Üyelerimiz,

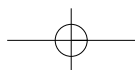
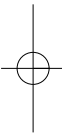
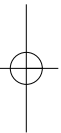
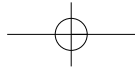
Sosyal Güvenlik Mevzuatı ile yapılan bu düzenlemelerden ve son yayınlanan sosyal sigortalar işlemleri yönetmeliği ve genel sağlık sigortası işlemleri yönetmeliği de dikkate alınarak düzenlenmesi gereken yasal belge ve ekler konusunda meslek mensuplarımızın bilgilendirilmesi amacıyla bu çalışma ele alınmıştır.

İşçi ve işveren ilişkilerinin hukuki boyutunu Sosyal Güvenlik Kurumlarınca düzenlenmesi gereken matbu evrakları ; 4857 sayılı iş kanunu, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve 4904 sayılı İş Kur Kanununun da konu ile ilgili kısımlarının ele alınarak hazırlanmış olan bu çalışma işçinin özlüğüne dair tüm evrakları bünyesinde toplamıştır.

Bu bağlamda hazırlamış olduğumuz bu çalışma işçi ile işveren arasındaki hukukun doğuşundan son bulmasına kadar olan tüm konuları ele almıştır.

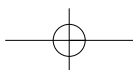
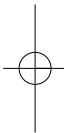
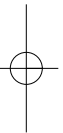
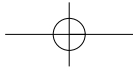
5754 sayılı yasa ile değişik 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 4904 sayılı İşkur Kanunu, 4857 sayılı İş Kanunu uygulamasına ilişkin **“İŞÇİ ÖZLÜK DOSYASI”** isimli bu çalışmayı hazırlayarak meslek mensuplarının hizmetine sunan İstanbul Serbest Muhasebeci Mali Müşavirler Odası Başkanı Yahya Arıkan'a ve İstanbul Serbest Muhasebeci Mali Müşavirler Odası Sosyal Güvenlik Mevzuat Danışmanı SMMM Dr. Gülsüm Öksüzömer Yılmaz'a teşekkür ederiz.

İstanbul Serbest Muhasebeci Mali Müşavirler Odası  
Yönetim Kurulu  
OCAK 2010



## İÇİNDEKİLER

Önsöz	1
4857 Sayılı İş Kanunu'nun İşçi Özlük Dosyası İle İlgili Hükümleri	5
İşçi Özlük Dosyasında Bulunması Gerekli Belgeler	7
Eleman İstek Formu	9
İş Başvuru ve Bilgi Formu	11
Belirsiz Süreli İş Sözleşmesi	15
Belirli Süreli İş Sözleşmesi	23
EK-7 İşe Giriş/Periyodik Muayene Formu	31
EK-4 sigortalı İşe Giriş Bildirgesi (4/1-a-b- kapsamındaki sigortalılar için)	37
Genel Sağlık Sigortası Giriş Bildirgesi	41
EK-3 Sigortalı Bildirim Belgesi	45
EK-5 Sigortalı İşten Ayrılış Bildirgesi (4/1-a ve b kapsamındaki sigortalılar için)	47
Aile Durumu Bildirimi	49
Demirbaş ve Malzeme Teslim Belgesi	51
İşçinin Yıllık Ücretli İzin Talebi Dilekçesi	53
Yıllık Ücretli İzin Cetveli	55
Hizmet Akdi Fesih Bildirimidir	57
Doğum Yapan Kadının 6 Aylık Ücretsiz İzin Talep Dilekçesi	59
Doğum Yapan Kadının Emzirme İzin Talep Dilekçesi	61
İş Kazasının Tanımı, Bildirilmesi ve Soruşturulması	63
İş Kazası Tutanağı	65
İşyeri Kaza ve Meslek Hastalığı Bildirim Formu (ÇSGB'na)	67
T.C. SGK İş Kazası ve Meslek Hastalığı Bilgi Formu (SGK'ya)	69
İş Kazası Bildirimi (SGK)	71
EK-2 İş Kazası ve Meslek Hastalığı Bildirim Formu	73
İşe İzinsiz Gelmeme / İşe Geç Gelme Tutanağı	77
İbraname	79
Toplu İşçi Çıkarılması İle İlgili Olarak Bir Ay Önceden Bölge Çalışma Müdürlüğü'ne Verilecek Yazı Örneği	81
Toplu İşçi Çıkarılması İle İlgili Olarak Bir Ay Önceden Türkiye İş Kurumu Şube Müdürlüğü'ne Verilecek Yazı Örneği	83
İşe Gelmeyen İşçinin En Son Adresine Gönderilecek Noter Tebligatı	85
İhtarname Daha Evvel İşten Çıkarılan İşçinin Tekrar İşe Alınma Daveti	87



## 4857 SAYILI İŞ KANUNU'NUN İŞÇİ ÖZLÜK DOSYASI İLE İLGİLİ HÜKÜMLERİ

İşçi özlük dosyası hakkındaki düzenlemeler 10.06.2009 tarih ve 25134 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 4857 sayılı İş Kanununun 75. Maddesi ve 104. Maddesi ile çalışma hayatımıza girmiş ve işverenlerce bu belge ve formların düzenlenmesi ve saklanması zorunlu hale getirilmiştir.

4857 Sayılı Kanunda **İşçi özlük dosyası** aşağıda belirtilen madde ile düzenlenmiştir:

### **İşçi Özlük Dosyası**

**Madde 75** - İşveren çalıştırdığı her işçi için bir özlük dosyası düzenler. İşveren bu dosyada, işçinin kimlik bilgilerinin yanında, bu Kanun ve diğer kanunlar uyarınca düzenlemek zorunda olduğu her türlü belge ve kayıtları saklamak ve bunları istendiği zaman yetkili memur ve mercilere göstermek zorundadır.

İşveren, işçi hakkında edindiği bilgileri dürüstlük kuralları ve hukuka uygun olarak kullanmak ve gizli kalmasında işçinin haklı çıkarı bulunan bilgileri açıklamamakla yükümlüdür.

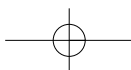
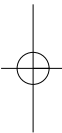
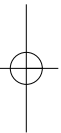
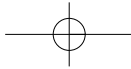
4857 sayılı İş Kanununun 75. Maddesine aykırı davranışların meydana gelmesi halinde ise 104. Madde hükümleri devreye girmektedir.

Şöyle ki;

### **İşin düzenlenmesine ilişkin hükümlere aykırılık**

**Madde 104** - Bu Kanununun 63 üncü maddesinde ve bu maddede belirtilen yönetmelikte belirlenen çalışma sürelerine aykırı olarak işçilerini çalıştıran veya 68 inci maddesindeki ara dinlenmelerini bu maddeye göre uygulamayan veya işçileri 69 uncu maddesine aykırı olarak geceleri yedibuçuk saatten fazla çalıştıran; gece ve gündüz postalarını değiştirmeyen, 71 inci maddesi hükmüne aykırı hareket eden, 72 nci maddesi hükümlerine aykırı olarak bu maddede belirtilen yerlerde onsekiz yaşını doldurmamış erkek çocukları ve gençleri ve her yaşta kadınları çalıştıran, 73 üncü maddesine aykırı olarak çocuk ve genç işçileri gece çalıştıran veya aynı maddede anılan yönetmelik hükümlerine aykırı hareket eden 74 üncü maddesindeki hükme aykırı olarak doğumdan önceki ve sonraki sürelerde gebe veya doğum yapmış kadınları çalıştıran veya ücretsiz izin vermeyen, 75 inci maddesindeki işçi özlük dosyalarını düzenlemeyen, 76 ncı maddesinde belirtilen yönetmelik hükümlerine uymayan işveren veya işveren vekiline **bin otuz dört ( 1.034 )** lira para cezası verilir.

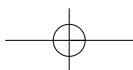
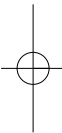
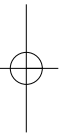
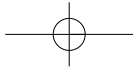
64 üncü ve 65 inci maddede öngörülen hükümlere aykırı davranan işveren veya işveren vekiline bu durumda olan her işçi için **iki yüz dört ( 204 )** lira para cezası verilir.



## İŞÇİ ÖZLÜK DOSYASINDA BULUNMASI GEREKLİ BELGELER

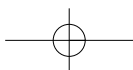
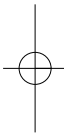
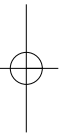
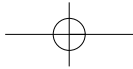
1	Eleman İstek Formu	
2	İşe Başvuru Formu	
3	Hizmet Sözleşmesi	
4	İşe Giriş Periyodik Muayene Formu	
5	Sigortalı İşe Giriş Bildirgesi 4/1 a	
6	GSS Giriş Bildirgesi	
7	SGK Sigortalı Bildirim Belgesi	
8	Sigortalı İşten Ayrılış Bildirgesi 4/1 a	
9	Aile Durum Bildirimi Formu	
10	İşçi kimlik bilgileri, Nüfus Cüzdanı Sureti	
11	İkametgâh İlmühaberi	
12	Mezun olduğu okul diploma fotokopisi	
13	Referansları ve CV' si	
14	Demirbaş Malzeme Teslim Belgesi	
15	Sağlık Raporu	
16	Kan Grubunu Gösterir Belge	
17	Adli sicil kaydı	
18	Askerlik Durumunu Gösterir Belgeler	
19	Ödenen ücretlere ait hesap pusulalarının bir sureti,	
20	Ücretsiz İzinler ve Yıllık Ücretli İzin İle İlgili Dilekçe veya Formlar	
21	Yıllık Ücretli İzin Cetveli	
22	Hizmet Sözleşmesinin Sona Ermesine İlişkin Düzenlenen Tutanaklar	
23	2 adet vesikalık Fotoğraf	
24	Doğum Yapan Kadının 6 aylık ücretsiz izin talep dilekçesi	
	Doğum Yapan Kadının Emzirme izin talep dilekçesi	
25	İş Kazalarında Yapılması Gereken İdari İşlemler ve İş Kazası Bildirimi SGK	
26	İş Kazası Tutanağı	
27	İşyeri Kaza ve Meslek Hastalığı Bildirimi Formu ÇSGB	
28	İş Kazası ve Meslek Hastalığı Bilgi Formu SGK	
29	İşe İzinsiz Gelmeme / İş Geç Gelme Tutanağı ve İhtar	
30	İstifa Dilekçesi	
31	İbraname	
32	Toplu İşçi Çıkarılması ile İlgili Olarak Bir Ay Önceden Bölge Çalışma	
	Müdürlüğü'ne Verilecek Yazı Örneği	
33	Toplu İşçi Çıkarılması ile İlgili Olarak Bir Ay Önceden Türkiye İş Kurumu	
	Müdürlüğü'ne Verilecek Yazı Örneği	
34	İşe Gelmeyen İşçinin En Son Adresine Gönderilecek Noter Tebligatı İhtarname	
35	Daha evvel İşten Çıkarılan İşçinin Tekrar İşe Alınma Daveti	





## ELEMAN İSTEK FORMU

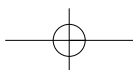
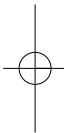
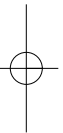
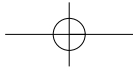
BİRİMİ :	ÇALIŞMA SÜRESİ :
UNVANI :	GÖREV YERİ :
ELEMAN İSTEK NEDENİ : Eleman Değişikliği <input type="checkbox"/> Emeklilik <input type="checkbox"/> Yeni Kadro <input type="checkbox"/>	
<b>KİŞİSEL ÖZELLİKLER</b>	
Eğitim Seviyesi :	
Cinsiyeti :	<input type="checkbox"/> Bay <input type="checkbox"/> Bayan
Yaş Grubu :	
Yabancı Dil Bilgisi :	
Bilgisayar Bilgisi :	
İş Tecrübesi :	
Askerlik Durumu :	
<b>GÖREVİN ÖZELLİKLERİ</b>	
İsteği Yapan Kişi	İlgili Birim Yöneticisi
Adı :	Adı Soyadı :
Unvanı :	Unvanı :
İmzası :	İmzası :
Tarih :	Tarih :



## İŞ BAŞVURU VE BİLGİ FORMU

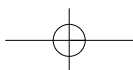
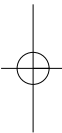
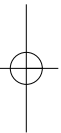
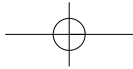
İŞVEREN : .....

İŞ BAŞVURUSUNDA BULUNANIN		Tarih: ..... / ..... / .....	Özel İşaret ve	
<b>KİMLİK BİLGİLERİ</b>		Fotoğraf		
Adı, Soyadı				
Doğum Yeri Doğum Tarihi				
Cinsiyeti	Erkek ( )	Kadın ( )		
Adresi				
Telefonu	Ev:	Cep:		
Askerlik Durumu				
Bağlı Olduğu Sosyal Güvenlik Kurumu ve No veya Emekli Tahsis Vergi Numarası		Adresi :		
T.C. Kimlik Numarası				
Kan Grubu				
<b>AİLE BİLGİLERİ</b>				
Medeni Durumu	Evli ( )	Bekar ( )	Dul ( )	
Bakmakla Yükümlü Olduğu Kimseler	Adı-Soyadı		Yaşı	Mesleği /Okulu
Eş				
Anne				
Baba				
Çocuklar				
1-				
2-				
3-				
4-				
<b>EGİTİM ÖĞRENİM BİLGİLERİ</b>				
	Okul Adı ve Bölümü		Mezuniyet Durumu Derecesi	
İlköğretim				
Lise				
Yükseköğretim				
Lisans Üstü				
Diğer				
Yabancı Dil Biliyor musunuz? Derecesi	1-			
	2-			
Bilgisayar Kullanma ve Programlar	1-			
	2-			
	3-			
Sürücü Belgeniz var mı? Tarih ve Sınıfı				
Bu İşle İlgili Kullandığınız Araç ve Cihazlar	1-			
	2-			
	3-			
Katıldığınız Kurslar	Konusu	Süresi	Kursun Alındığı Yer	



İş Deneyimleriniz	İşyeri ve Görev	Süresi	Ayrılış Sebebi
	1-		
	2-		
	3-		

<b>KİŞİSEL BİLGİLER</b>		
Sağlık Sorununuz Var mı ?		
Sürekli Kullandığınız Bir ilaç Yada Protez Var mı ?		
Seyahate Engel Bir Durumunuz Var mı ?		
Sigara ve Alkol Kullanıyor musunuz ?		
Adli Sicil Kaydınız Var mı ?		
Mecburi Hizmet Borcunuz Var mı ?		
Hobileriniz Nelerdir ?		
Üyesi Olduğunuz Dernek veya Vakıflar		
Boyunuz ve Kilonuz		
REFERANSLAR	Adı Soyadı-İşyeri	Telefon Numarası
	1-	
	2-	
	3-	
GÖREVLE İLE İLGİLİ BİLGİLER		
İş Başvurusu Yapılan Görev		
Bu Görev İçin Talep Edilen Ücret		
Ne Zaman Çalışmaya Başlayabilirsiniz ?		
Görev Gereği İkamet Değiştirebilir misiniz?		
Görev Gereği Fazla Mesai Yapabilir misiniz?		
Görev Gereği Vardiyalı çalışabilir misiniz?		
En Son Çalıştığınız Yerden Aldığınız Ücret?		
Bu Görev İçin Talep Ettiğiniz Ücret?		
<p>Bu İş Başvuru ve Bilgi Formundaki verdiğim bilgilerin tam ve doğru olduğunu, zamanla değişecek bilgilerimi en geç on gün içerisinde yazılı olarak bildireceğimi, gerçek dışı beyanım ile işe alınmam halinde bu durumun anlaşılmasıyla herhangi bir ihbar ve tazminata gerek olmadan işime son verileceğini ve bundan dolayı herhangi bir talep ve iddiada bulunmayacağımı ve bu nedenle işverenin uğrayacağı zarar ve ziyarı tazmin edeceğimi kabul ve beyan ederim.</p>		
Tarih : ...../...../.....	Ad / Soyad / İmza	



## BELİRSİZ SÜRELİ İŞ SÖZLEŞMESİ

Aşağıda isim-unvan ve adresleri yazılı bulunan işveren ile işçi arasında tamamen kendi istek ve serbest iradeleri ile ve aşağıda belirtilen şartlarla "Belirsiz süreli iş sözleşmesi" yapılmıştır.

Sözleşmede adı geçen işveren ..... ni işçi ise..... 'yi ifade eder.

### MADDE 1)- TARAFLAR :

#### **İŞVERENİN :**

Adı Soyadı / Unvanı :

Adresi :

SGK İşyeri Sicil Numarası :

#### **İŞÇİNİN :**

Adı Soyadı :

Baba adı :

Doğum Yeri ve Yılı :

İkametgah Adresi: :

Telefon Numarası :.....

SGK Sigorta Sicil Numarası :

**MADDE 2)-SÖZLEŞMENİN SÜRESİ:** Bu iş sözleşmesi..... /..... /..... tarihinde başlamış olup, Belirsiz Sürelidir.

**MADDE 3)-İŞE BAŞLAMA TARİHİ:** ..... /...../.....

**MADDE 4)-AYLIK ÜCRET NET/BRÜT :**..... YTL.

**MADDE 5)-YAPILACAK İŞİN KONUSU :**.....

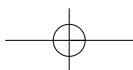
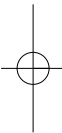
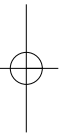
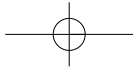
**MADDE 6)-DENEME SÜRESİ :**Yoktur / ..... Ay' dır.

(Deneme süresi en fazla iki aydır. Bu süre sonunda başarısız yada yetersiz bulunanların sözleşmeleri ihbarsız ve tazminatsız feshedilir.)

### **MADDE 7)- İŞÇİNİN ÇALIŞMA YERİ :**

İşverenin il/ilçe sınırları içindeki işyerlerinde, işveren veya vekilinin göstereceği işyerleri. İşçi, gerektiği takdirde işyeri içinde unvanı veya niteliği benzer yahut birbirine yakın başka işlerde muvafakat aranmaksızın geçici veya devamlı olarak işveren tarafından görevlendirilebilir.





**MADDE 8)- ÇALIŞMA SÜRELERİ:**

Haftalık çalışma süresi en çok 45 saattir. Bu süre haftanın çalışılan günlerine eşit şekilde bölünerek uygulanır. 45 Saatlik çalışma süresi işveren tarafından gerekli görüldüğünde; Haftanın çalışılan günlerine, günde 11 saati aşmamak koşulu ile farklı şekillerde dağıtılabilir. Ayrıca işin niteliği ve şartlarına göre, işe başlama ve bitiş saatleri de, işçiler için farklı şekillerde düzenlenebilir ve gerektiğinde değiştirilebilir. 45 Saatlik haftalık çalışma süresinin, haftanın çalışılan günlerine farklı şekillerde dağıtılarak çalışılması durumunda, iki aylık çalışma süresi içinde, işçinin haftalık ortalama normal çalışma süresi 45 saati aşamaz. Ara dinlenme zamanları işveren tarafından belirlenir. İşçi bu maddede belirtilen çalışma şekil ve şartlarını aynen kabul eder.

**MADDE 9)- FAZLA ÇALIŞMA :**

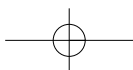
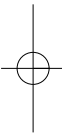
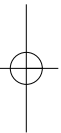
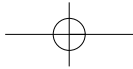
İşveren ülkenin genel yararları için, işin niteliği veya üretimin artırılması gibi nedenlerle işçiye, günlük toplam çalışma süresi 11 saati aşmamak şartı ile yılda 270 saate kadar fazla çalışma yaptırabilir. Haftalık 45 saati aşan çalışmalar fazla çalışma sayılır. Ancak denkleştirme esası uygulandığı durumlarda, işçinin iki aylık süre içindeki haftalık ortalama çalışma süresi 45 saati aşmamak koşulu ile, bazı haftalarda 45 saatten fazla çalıştırılmış olsa dahi, bu haftalardaki 45 saati aşan çalışma süreleri fazla çalışma sayılmaz ve fazla çalışma ücreti ödenmez.

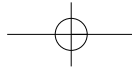
**MADDE 10)- TELAFİ ÇALIŞMASI :**

Zorunlu nedenlerle işin durması, ulusal bayram ve genel tatillerden önce veya sonra işyerinin tatil edilmesi veya benzer nedenlerle normal çalışma sürelerinin önemli ölçüde altında çalışılması yada işin tümüyle durdurulması veya işçinin talebi ile kendisine izin verilmesi hallerinde, işveren, iki ay içerisinde işçiye, çalışılmayan bu süreler karşılığı olarak telafi çalışması yaptırabilir. Telafi çalışması, günlük en çok çalışma süresi olan 11 saati ve günde en fazla 3 saati aşamaz. Tatil günlerinde telafi çalışması yaptırılamaz. Telafi çalışması fazla çalışma sayılmaz ve karşılığında fazla çalışma ücreti ödenmez.

**MADDE 11)- ÜCRET :**

İşçinin sözleşmede yazılı ücreti kural olarak imza karşılığı kendisine ödenir veya banka hesabına yatırılır. Ancak işçinin yazılı talebi ile belirlediği ve bu talebin altındaki tatbiki imzası bulunan mutemedine de yine imzası karşılığında ödenebilir. Kural olarak işçinin işlemiş ücretinin ödeme tarihi, her ayın ilk iş günüdür. Mücbir bir sebep olmadıkça, ücretler ödeme gününden itibaren en geç 20 gün içinde ödenir.



**MADDE 12)- FAZLA ÇALIŞMA ÜCRETİ :**

İşçinin her bir saat fazla çalışması için işverence ödenecek fazla çalışma ücreti, işçinin normal çalışma ücretinin saat başına düşen miktarının yüzde elli artırılmış tutarıdır.

**MADDE 13)- ÖZEL ŞARTLAR :**

13.1- İşçi, tecrübe ve mesleki birikimine uygun olarak, işverenin vereceği bütün işleri ve görevleri yapmayı kabul ve taahhüt eder. Bu hizmetleri karşılığında belirtilen aylık ücret dışında herhangi bir ücret talep edemez.

13.2- İşçi, işyerinde, çalışma mevzuatı ve işveren tarafından belirlenmiş bulunan çalışma şartlarına, iş disiplinine, iş sağlığı ve iş güvenliği kurallarına, işveren tarafından çıkartılmış ve çıkartılacak olan yönetmelik, genelge, sirküler, talimat gibi düzenlemelere uymayı kabul ve taahhüt eder.

13.3- İşçi, görev nedeniyle kendisine ve bağlı bulunduğu birime teslim edilen demirbaş, her türlü mefruşat, elektronik teçhizat gibi eşyanın muhafazasından, hasar ve ziyan görmesinden sorumludur. Bu malzemeleri işyeri dışına çıkarmamayı ve amacı dışında kullanmamayı, iş sözleşmesinin feshinde eksiksiz teslim etmeyi taahhüt eder.

13.4- İşçi, işverene ve işyerine ait her türlü iş sırlarını saklamayı, işverene zarar verecek davranışlardan kaçınmayı taahhüt eder.

13.5- İşçi, iş sözleşmesi devam ettiği sürece, özel de olsa başka bir işte çalışmamayı taahhüt eder.

13.6- İşçi, işverenin istemesi halinde, hafta tatili ile ulusal bayram ve genel tatil günlerinde de çalışmayı ve işverenin istemesi halinde fazla çalışma yapmayı peşinen kabul eder.

13.7- İşveren, işçilik haklarını ödemek, ahlak ve iyi niyet kurallarına uymak, işçi sağlığı ve iş güvenliği tedbirlerini almakla yükümlüdür.

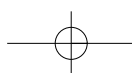
13.8- İşçi, iş kanununa göre hak kazanacağı yıllık ücretli iznini, işverenin iş şartlarına göre belirleyeceği zamanda kullanmayı kabul eder.

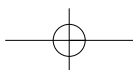
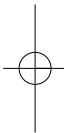
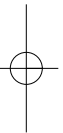
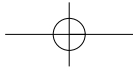
13.9- İşçi, işyerine, alkollü içki veya uyuşturucu madde almış olarak gelmemeyi ve bu maddeleri işyerinde kullanmamayı, çalışması ile ilgili olmayan eşya ve maddeler ile taşınması yada kullanılması yasaklanmış maddeleri işyerine sokmamayı taahhüt eder.

13.10- İşçi, işverenin istemesi halinde hizmet içi veya görevin gerektirdiği eğitimlere katılmak zorundadır. Eğitimlere katılan işçiden zorunlu hizmet talep edilebilir.

**MADDE 14)- FESİH VE TAZMİNATLAR :**

14.1- Taraflar yukarıdaki maddelerde yazılı sorumluluklarını yerine getirmez ise karşı tarafa sözleşmeyi herhangi bir tazminat ödemededen feshetme hakkı doğduğunu kabul ve taahhüt etmişlerdir.





14.2- Sözleşmenin taraflarından herhangi birisi sözleşmeyi feshetmek isterse; 4857 sayılı İş Kanununun 17. maddesindeki ihbar önelerine uygun olarak, önceden karşı tarafa yazılı olarak haber vermek zorundadır. Haber verilmemesi halinde tarafların ayrıca tazminat isteme hakkı saklıdır.

14.3- İşveren sözleşmeyi; sözleşme süresi içerisinde veya bitim tarihinde tek taraflı olarak feshederse, işçiye iş kanunu hükümlerine uygun olarak tazminat öder. Sözleşmenin işveren tarafından feshinde; fesih bildiriminde sebep gösterilmediği veya gösterilen sebebin geçerli olmadığı hususunda ortaya çıkacak uyuşmazlıklar, bir ay içinde Özel Hakeme götürülür.

**MADDE 15)- SON HÜKÜMLER :**

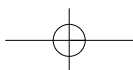
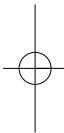
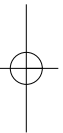
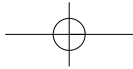
15.1-Bu iş sözleşmesinde yer almayan hususlarda İş Kanunu ve diğer ilgili mevzuat hükümleri uygulanır.

15.2-Uyuşmazlıklarda çözüm mercii iş yerinin bulunduğu yer mahkemeleri ve icra daireleridir.

15.3-Bu hizmet akdi...../..... /..... tarihinde taraflarca iki nüsha olarak tanzim edilip, okundu ve aynen kabulle imzalandı.

İşveren veya Vekili  
(İmza-Kaşe)

İşçi  
(Adı Soyadı-İmza)



## BELİRLİ SURELİ İŞ SÖZLEŞMESİ

Aşağıda isim-unvan ve adresleri yazılı bulunan işveren ile işçi arasında tamamen kendi istek ve serbest iradeleri ile ve aşağıda belirtilen şartlarla "**Belirli süreli iş sözleşmesi**" yapılmıştır.

Sözleşmede adı geçen işveren .....  
.....'ni işçi ise..... 'yi ifade eder.

### MADDE 1)- TARAFLAR :

#### **İŞVERENİN :**

Adı Soyadı-Unvanı : .....

Adresi : .....

SGK işyeri Sicil Numarası : .....

**İŞÇİNİN** : .....

Adı Soyadı : .....

Baba adı : .....

Doğum Yeri ve Yılı : .....

İkametgah Adresi : .....

Telefon Numarası : .....

SGK Sigorta Sicil Numarası : .....

**MADDE 2)-SÖZLEŞMENİN SÜRESİ :**.....Yıl.....Ay süreli olan bu iş sözleşmesi .... / ... / ..... tarihinde başlayıp ... / ... / ..... tarihinde herhangi bir bildirim yapılmaksızın kendiliğinden sona erer. İşveren gerektiğinde süresi dolmadan da sözleşmeyi feshedebilir.

**MADDE 3)-İŞE BAŞLAMA TARİHİ :** .... / ... / .....

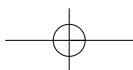
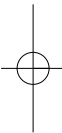
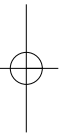
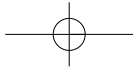
**MADDE 4)-AYLIK ÜCRET NET/BRÜT :** .... / ... / .....YTL.

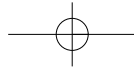
**MADDE 5)-YAPILACAK İŞİN KONUSU:** .... / ... / .....

**MADDE 6)-DENEME SÜRESİ:** Yoktur .... / ... / ..... Ay' dır. (Deneme süresi en fazla iki aydır. Bu süre sonunda başarısız yada yetersiz bulunanların sözleşmeleri ihbarsız ve tazminatsız feshedilir.

**MADDE 7)- İŞÇİNİN ÇALIŞMA YERİ :** İşverenin.....il/ilçe sınırları içindeki işyerlerinde, işveren veya vekilinin göstereceği işyerleri . İşçi, gerektiği takdirde işyeri içinde unvanı veya niteliği benzer yahut birbirine yakın başka işlerde muvafakat aranmaksızın geçici veya devamlı olarak işveren tarafından görevlendirilebilir.







**MADDE 8)- ÇALIŞMA SÜRELERİ :** Haftalık çalışma süresi en çok 45 saattir. Bu süre haftanın çalışılan günlerine eşit şekilde bölünerek uygulanır. 45 Saatlik çalışma süresi işveren tarafından gerekli görüldüğünde; Haftanın çalışılan günlerine, günde 11 saati aşmamak koşulu ile farklı şekillerde dağıtılabilir. Ayrıca işin niteliği ve şartlarına göre, işe başlama ve bitiş saatleri de, işçiler için farklı şekillerde düzenlenebilir ve gerektiğinde değiştirilebilir. 45 Saatlik haftalık çalışma süresinin, haftanın çalışılan günlerine farklı şekillerde dağıtılarak çalışılması durumunda, iki aylık çalışma süresi içinde, işçinin haftalık ortalama normal çalışma süresi 45 saati aşamaz. Ara dinlenme zamanları işveren tarafından belirlenir. İşçi bu maddede belirtilen çalışma şekil ve şartlarını aynen kabul eder.

**MADDE 9)- FAZLA ÇALIŞMA :**

İşveren ülkenin genel yararları için, işin niteliği veya üretimin artırılması gibi nedenlerle işçiye, günlük toplam çalışma süresi 11 saati aşmamak şartı ile yılda 270 saate kadar fazla çalışma yaptırabilir. Haftalık 45 saati aşan çalışmalar fazla çalışma sayılır. Ancak denkleştirme esası uygulandığı durumlarda, işçinin iki aylık süre içindeki haftalık ortalama çalışma süresi 45 saati aşmamak koşulu ile, bazı haftalarda 45 saatten fazla çalıştırılmış olsa dahi, bu haftalardaki 45 saati aşan çalışma süreleri fazla çalışma sayılmaz ve fazla çalışma ücreti ödenmez.

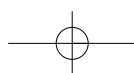
**MADDE 10)- TELAFİ ÇALIŞMASI :**

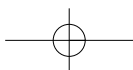
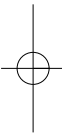
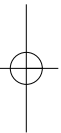
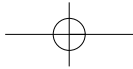
Zorunlu nedenlerle işin durması, ulusal bayram ve genel tatillerden önce veya sonra işyerinin tatil edilmesi veya benzer nedenlerle normal çalışma sürelerinin önemli ölçüde altında çalışılması yada işin tümüyle durdurulması veya işçinin talebi ile kendisine izin verilmesi hallerinde, işveren, iki ay içerisinde işçiye, çalışılmayan bu süreler karşılığı olarak telafi çalışması yaptırabilir. Telafi çalışması, günlük en çok çalışma süresi olan 11 saati ve günde en fazla 3 saati aşamaz. Tatil günlerinde telafi çalışması yaptırılamaz. Telafi çalışması fazla çalışma sayılmaz ve karşılığında fazla çalışma ücreti ödenmez.

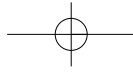
**MADDE 11)- ÜCRET :**

İşçinin sözleşmede yazılı ücreti kural olarak imza karşılığı kendisine ödenir veya banka hesabına yatırılır.

Ancak işçinin yazılı talebi ile belirlediği ve bu talebin altındaki tatbiki imzası bulunan mutemedine de yine imzası karşılığında ödenebilir. Kural olarak işçinin işlemiş ücretinin ödeme tarihi, her ayın ilk iş günüdür. Mücbir bir sebep olmadıkça, ücretler ödeme gününden itibaren en geç 20 gün içinde ödenir.





**MADDE 12)- FAZLA ÇALIŞMA ÜCRETİ :**

İşçinin her bir saat fazla çalışması için işverence ödenecek fazla çalışma ücreti, işçinin normal çalışma ücretinin saat başına düşen miktarının yüzde elli artırılmış tutarıdır.

**MADDE 13)- ÖZEL ŞARTLAR :**

13.1- İşçi, tecrübe ve mesleki birikimine uygun olarak, işverenin vereceği bütün işleri ve görevleri yapmayı kabul ve taahhüt eder. Bu hizmetleri karşılığında belirtilen aylık ücret dışında herhangi bir ücret talep edemez.

13.2- İşçi, işyerinde, çalışma mevzuatı ve işveren tarafından belirlenmiş bulunan çalışma şartlarına, iş disiplinine, iş sağlığı ve iş güvenliği kurallarına, işveren tarafından çıkartılmış ve çıkartılacak olan yönetmelik, genelge, sirküler, talimat gibi düzenlemelere uymayı kabul ve taahhüt eder.

13.3- İşçi, görev nedeniyle kendisine ve bağlı bulunduğu birime teslim edilen demirbaş, her türlü mefruşat, elektronik teçhizat gibi eşyanın muhafazasından, hasar ve ziyan görmesinden sorumludur. Bu malzemeleri işyeri dışına çıkarmamayı ve amacı dışında kullanmamayı, iş sözleşmesinin feshinde eksiksiz teslim etmeyi taahhüt eder.

13.4- İşçi, işverene ve işyerine ait her türlü iş sırlarını saklamayı, işverene zarar verecek davranışlardan kaçınmayı taahhüt eder.

13.5- İşçi, iş sözleşmesi devam ettiği sürece, özel de olsa başka bir işte çalışmamayı taahhüt eder.

13.6- İşçi, işverenin istemesi halinde, hafta tatili ile ulusal bayram ve genel tatil günlerinde de çalışmayı ve işverenin istemesi halinde fazla çalışma yapmayı peşinen kabul eder.

13.7- İşveren, işçilik haklarını ödemek, ahlak ve iyi niyet kurallarına uymak, işçi sağlığı ve iş güvenliği tedbirlerini almakla yükümlüdür.

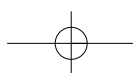
13.8- İşçi, iş kanununa göre hak kazanacağı yıllık ücretli iznini, işverenin iş şartlarına göre belirleyeceği zamanda kullanmayı kabul eder.

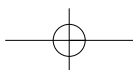
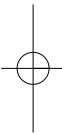
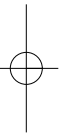
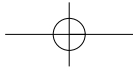
13.9- İşçi, işyerine, alkollü içki veya uyuşturucu madde almış olarak gelmemeyi ve bu maddeleri işyerinde kullanmamayı, çalışması ile ilgili olmayan eşya ve maddeler ile taşınması yada kullanılması yasaklanmış maddeleri işyerine sokmamayı taahhüt eder.

13.10- İşçi, işverenin istemesi halinde hizmet içi veya görevin gerektirdiği eğitimlere katılmak zorundadır. Eğitimlere katılan işçiden zorunlu hizmet talep edilebilir.

**MADDE 14)- FESİH VE TAZMİNATLAR :**

14.1- Taraflar yukarıdaki maddelerde yazılı sorumluluklarını yerine getirmez ise karşı tarafa sözleşmeyi herhangi bir tazminat ödemededen feshetme hakkı doğduğunu kabul ve taahhüt etmişlerdir.





14.2- Sözleşme, tarafların anlaşması halinde sürenin bitiş tarihinden önce feshedilebilir. Sözleşmenin süresinin bitim tarihinde önceden herhangi bir bildirim gerek kalmaksızın sözleşme kendiliğinden sona erer. Sözleşme süresinin bitiminde tarafların anlaşması halinde sözleşme aynı şartlarda uzar.

**MADDE 15)- SON HÜKÜMLER :**

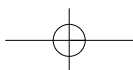
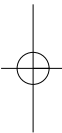
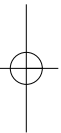
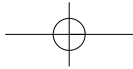
15.1-Bu iş sözleşmesinde yer almayan hususlarda İş Kanunu ve diğer ilgili mevzuat hükümleri uygulanır.

15.2-Uyuşmazlıklarda çözüm mercii iş yerinin bulunduğu yer mahkemeleri ve icra daireleridir.

15.3-Bu hizmet akdi... / ... / .....tarihinde taraflarca iki nüsha olarak tanzim edilip, okundu ve aynen kabulle imzalandı.

İşveren veya Vekili  
(İmza-Kaşe)

İşçi  
(Adı Soyadı-İmza)



## EK-7 İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU

### İŞYERİNİN :

Unvanı:

SGK/Bölge Müdürlüğü Sicil No.:

Adresi:

Tel No.:

Faks No.:

E-posta:

### İŞÇİNİN :

Adı ve soyadı:

T.C.Kimlik No.:

Doğum Yeri ve Tarihi:

Cinsiyeti:

Eğitim durumu:

Medeni durumu:

Çocuk sayısı:

Ev Adresi:

Tel No.:

Mesleği:

Yaptığı iş:

Çalıştığı bölüm:

Daha önce çalıştığı yerler:

İşkolu :

Yaptığı iş:

Giriş-çıkış tarihi:

1.

2.

3.

### Özgeçmişi :

Kan grubu:

Konjenital/kronik hastalık:

Bağışıklama:

- Tetanoz:

- Hepatit:

- Diğer:

### Soy geçmişi :

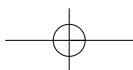
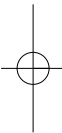
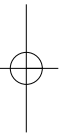
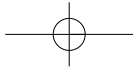
Anne :

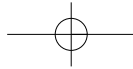
Baba :

Kardeş :

Çocuk :







### TIBBİ ANAMNEZ :

1. Son bir yıl içinde aşağıdaki yakınmalardan herhangi birini geçirdiniz mi?

Hayır

Evet

- Balgamlı öksürük
- Nefes darlığı
- Göğüs ağrısı
- Çarpıntı
- Sirt ağrısı
- İshal veya kabızlık
- Eklemlerde ağrı

2. Son bir yıl içinde aşağıdaki hastalıklardan herhangi birini geçirdiniz mi?

Hayır

Evet

- Kalp hastalığı
- Şeker hastalığı
- Böbrek rahatsızlığı
- Sarılık
- Mide veya on iki parmak ülseri
- İşitme kaybı
- Görme bozukluğu
- Sinir sistemi hastalığı
- Deri hastalığı
- Besin zehirlenmesi

3. Son bir yıl içinde hastanede yattınız mı?

Hayır

Evet ise tanı.....

4. Son bir yıl içinde önemli bir ameliyat geçirdiniz mi?

Hayır

Evet ise nedir?.....

5. Son bir yıl içinde iş kazası geçirdiniz mi?

Hayır

Evet ise nedir?.....

6. Son bir yıl içinde meslek hastalıkları şüphesi ile ilgili tetkik veya muayeneye tabi tutulduunuz mu?

Hayır

Evet ise sonuç.....

7. Son bir yıl içinde Maluliyet aldınız mı?

Hayır

Evet ise nedir ve oranı.....

8. Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz?

Hayır

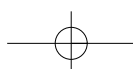
Evet ise nedir.....

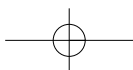
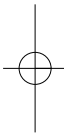
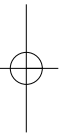
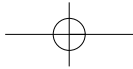
9. Sigara içiyor musunuz?

Hayır

Bırakmış .....ay/yıl önce .....ay/yıl içmiş .....adet/gün içmiş

Evet .....yıldır .....adet/gün





10. Alkol alıyor musunuz?

Hayır

Bırakmış .....yıl önce .....yıl içmiş .....sıklıkla içmiş

Evet .....yıldır .....sıklıkla

**FİZİKİ MUAYENE SONUÇLARI :**

a) Duyu organları

- Göz

- Kulak-Burun-Boğaz

- Deri

b) Kardiyovasküler sistem muayenesi

c) Solunum sistemi muayenesi

d) Sindirim sistemi muayenesi

e) Ürogenital sistem muayenesi

f) Kas-iskelet sistemi muayenesi

g) Nörolojik muayene

ğ) Psikiyatrik muayene

h) Diğer

-TA: / mmHg

-Nb: / dk.

-Boy: Kilo: BMI:

**LABORATUVAR BULGULARI :**

a) Biyolojik analizler

- Kan

- İdrar

b) Radyolojik analizler

c) Fizyolojik analizler

- Odyometre

- SFT

c) Psikolojik testler

-Diğer

**KANAAT VE SONUÇ :**

1- .....işinde/işyerinde bedenen çalışmaya elverişlidir.

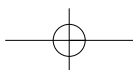
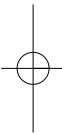
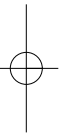
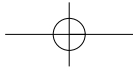
2- Raporda işaret edilen arızalar tedavi edilmek şartıyla elverişlidir.

**İMZA**

**Adı ve Soyadı**

**Diploma No.**

**TARİH:** ...../...../.....



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

Ek-4

<b>SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI</b> (T.C.Kimlik Numarası)				<b>BELGENİN MAHİYETİ</b>				İlk <input type="checkbox"/>				
								Tekrar <input type="checkbox"/>				
<b>A-SİGORTALININ KİMLİK BİLGİLERİ</b>												
1	Adı			11			Yabancı Uyruklu İşe Ülke Adı					
2	Soyadı			12			Öğrenim durumu					
3	İlk Soyadı						İlköğr. <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/>					
4	Baba Adı						Ön lisans <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/>					
5	Ana Adı			13			Askerlik durumu					
6	Doğum Yeri						Başlangıç-Bitiş Tarihi .../.../...-.../.../...					
7	Doğum Tarihi			Er <input type="checkbox"/> Yedek Sb <input type="checkbox"/>			Muaf <input type="checkbox"/> Tecilli <input type="checkbox"/>					
8	Cinsiyeti			Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/>			14					
9	Medeni Hali			Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/>								
NÜFUSA KAYITLI OLDUĞU YER				İkametgah adresi : Bulvar: ..... Cadde: ..... Sokak: ..... Dış Kapı No: ..... İç K.No: ..... Mahalle/Köy: ..... Posta Kodu : ..... İlçe: ..... İl: .....								
İl												
İlçe												
Mahalle/Köy												
Cilt No												
Aile SıraNo(Hane-Kütük) (Birey) Sıra No												
				Görevi								
				Ev Tel								
				Cep Tel								
<b>B- SİGORTALININ SOSYAL GÜVENLİK BİLGİLERİ</b>												
15	Sigortalılık Türü/kodu		4 (a) Hizmet Akdine Tabi Çalışan <input type="checkbox"/>		Sigortalılık Kodu		4 (b) Muhtar ile Hizmet Akdine Bağlı Olmaksızın Kendi Adına ve Hesabına Bağımsız Çalışan <input type="checkbox"/>		16			
						Sigortalı İş Kanununun 30. Maddesine Göre Çalıştırılıyorsa		Eski Hükümlü <input type="checkbox"/>				
								Özürü <input type="checkbox"/>				
								Terör Mağduru <input type="checkbox"/>				
17	01.10.2008 Tarihinden Önce Çalışmış İşe		Kurumu		SSK		Bağ-Kur		Emekli Sandığı			
				Sicil Numarası				506-G.20. mad. san.				
18	Yaşlılık Aylığı Alıyorsa Devam Etmek İsteddiği Sigorta Kolu						Sosyal Güv.Dest.Primi <input type="checkbox"/>		Tüm Sig. Kolları <input type="checkbox"/>			
19	4-1/b Kapsamındaki Sigortalının				Mesleği		Meslek İli		Meslek İlçesi			
20	Sigortalının İşe Başladığı Tarih				.../.../.....							
<b>C-BEYAN VE TAAHHÜTLER</b>												
21	Yukarıda yazılı hususların gerçeğe uygun olduğunu ve olabilecek değişiklikleri derhal Kuruma ve İşverene bildireceğimi beyan ederim. .../.../.....						Sigortalının Adı- Soyadı: İmzası					
<b>İŞYERİ SİCİL NUMARASI</b>												
M		İŞKOLU KODU		ÜNİTE KODU ESKİ YENİ		İŞYERİ SIRA NUMARASI		İL KODU				
								İLÇE KODU				
								KONT NO				
								ALT İŞV				
<b>İLGİLİ KURUM/KURULUŞ/ VERGİ DAİRESİ / ODA /TİCARET-ESNAF SİCİL NUMARASI</b>												
İşverenin/İşyerinin/İlgili Kuruluşun Adı-Soyadı/Ünv. ..... ..... ..... .....												
İşverenin/İşyerinin/İlgili Kuruluşun Adresi Bulvar: ..... Cadde: ..... Sokak: ..... Dış Kapı No: ..... İç K.No: ..... Mahalle/Köy: ..... Posta Kodu : ..... İlçe: ..... İl: .....												
Yukarıda yazılı hususların sigortalının nüfus cüzdanındaki ve beyan ettiği resmi belgelerdeki kayıtlara uygun bulunduğunu ve doğru olduğunu beyan ederim. ...../...../..... Onaylayanın Yetkilinin Adı Soyadı, İmzası, Mühür veya Kaşesi												

## AÇIKLAMALAR

1. Bu belge, hizmet akdine tabi çalışanlar ile muhtar ve kendi adına ve hesabına bağımsız çalışan sigortalıların 5510 sayılı Kanununun 8 inci maddesine göre Kuruma bildirilmesi amacıyla kullanılır.

2. Sigortalı İşe Giriş Bildirgesi Kuruma internet, elektronik veya benzeri ortamda verilir. İşverenler bilgisayarlarından alacakları Kurumca üretilmiş barkod numaralı çıktının bir nüshasını sigortalıya verir, bir nüshası da işverence sigortalı dosyasında saklanır. Ancak, Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (b) bendine göre sigortalı sayılanlar hakkında Kuruma yapılacak bildirimler, söz konusu sigortalıları bildirmekle yükümlü kurum ve kuruluşlar ile Kurum arasında internet ve elektronik alt yapı oluşturuluncaya kadar kağıt ortamında yürütülür.

Tarımsal faaliyette bulunanlara ait sigortalı işe giriş bildirgesi, ziraat odasınınca, ziraat odası bulunmayan yerlerde tarım il/ilçe müdürlüklerince veya kendileri tarafından kayıt tarihinden itibaren 30 gün içinde Kuruma bildirilir. Ziraat odaları, tarım il/ilçe müdürlükleri işe giriş bildirgesini elektronik veya benzeri ortamda bildirebileceği gibi posta ile de gönderilebilirler.

3. "Sosyal Güvenlik Sicil Numarası" hanesine, T.C kimlik numarası, yabancı uyruklu- lar için ise Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğünce verilen kimlik numarası yazılır. Bu alan en soldaki kutucuktan başlamak üzere her kutuya bir rakam gelecek şekilde doldurulur.

4. Bu bildirgenin bütün haneleri, nüfus cüzdanına ve sigortalı tarafından işverene ibraz edilen diğer resmi belgelere göre tam, doğru ve okunaklı olarak doldurulur. Noksan ve hatalı düzenlenen bildirge işleme alınmaz ve sigortalının tescil işlemi yapılmaz. Bundan doğabilecek tüm sorumluluklar işveren, ilgili kurum ve kuruluş ile sigortalıya aittir.

5. "Belgenin Mahiyeti" bölümünde ilk defa sigortalı olacak kişi için düzenlenen bildirgenin üst bölümündeki "İlk", daha önce sigorta olanlar ise "Tekrar" kelimesinin yanındaki kutu (X) ile işaretlenir.

6. 1 ila 14 numaralı alanlar sigortalının nüfus cüzdanı bilgileri ile uyruk, öğrenim, askerlik durumu ve adres bilgilerine göre doldurulur.

7. 15 numaralı alanda belirtilen sigortalılık türü alanı,, 5510 sayılı Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) veya (b) bendi kapsamında olup olmadığına göre işaretlenir. Sigortalılık kodları;

**(a) bendi kapsamında sigortalı sayılanlar için; (b) bendi kapsamında sigortalı**

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| (0) Mecburi sigortalı   | <b>sayılanlar için;</b>            |
| (2) Sosyal güvenlik sözleşmesi bulunmayan ülkelerde çalışan Türk işçileri | (1) Muhtar                         |
| (5) Göçmenler   | (2) Vergi mükellefleri             |
| (6) Yurtdışı borçlanması yapanlar   | (3) Vergiden muaf olanlar          |
| (7) Çıraklar ve stajyer öğrenciler  | (4) Şirket ortakları               |
| (8) Sosyal güvenlik destek primine tabi çalışanlar                        | (5) Tarımsal faaliyette bulunanlar |
| (10) Cezaevlerindeki hükümlü ve tutuklular                                | (6) İsteğe bağlı sigortalılar      |
| (11) Sanatçılar, düşünürler ve yazarlar                                   | (7) Jokey ve antrenörler           |
| (12) Sözleşmesiz ülkeler yabancı uyruklu sigortalılar                     | (8) Avukatlar                      |
| (13) 4081 Sayılı Kanuna göre çalışanlar                                   | (9) Noterler                       |
| (14) Umumi kadınlar   |                                    |
| (15) Usta ve sözleşmeli öğretici  |                                    |
| (16) Sendika konfederasyon başkanlıkları, yönetim kurulu üyeleri          |                                    |
| (17) 657 sayılı Kanununun 4/b kapsamında çalışanlar                       |                                    |
| (18) 657 sayılı Kanununun 4/c kapsamında çalışanlar                       |                                    |

8. Yaşlılık aylığı almakta iken yeniden çalışmaya başlayanlardan; aylıklarının ödenmesine devam edilmesini isteyenler için bu bildirgenin 18 numaralı alandaki "Sosyal Güvenlik Destek Primi", aylıklarının kesilmesini isteyenler için ise aynı alandaki "Tüm Sigorta Kolları" sözcüğünden sonraki kutu (X) ile işaretlenir.

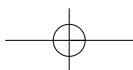
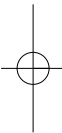
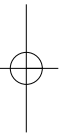
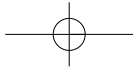
9. 19 numaralı alana Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamındaki sigortalıların mesleği, meslek ili ve ilçesi yazılır.

10.20 numaralı alana sigortalının ilk veya tekrar işe başladığı tarih yazılır..

11. Bildirgenin "C-Beyan ve Taahhütler" bölümününün 21 numaralı alanı, internet ortamı dışında verilmesi halinde sigortalı tarafından imzalanır. 22 numaralı alana, Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamındaki sigortalıları çalıştıran işveren bilgileri, 23 numaralı alana ise, 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (b) kapsamındaki sigortalıları bildirmekle yükümlü ilgili kurum, kuruluş, birlikler veya vergi daireleri bilgileri yazılır..

12. Kanununun 4 ve 5 inci maddeleri gereğince hizmet akdine tabi olarak sigortalı çalıştıran işverenlerle 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendi gereğince sigortalıları sigortalılık başlangıcından itibaren kendi mevzuatlarına göre kayıt veya tescil yapan ilgili kurum, kuruluş ve birlikler veya vergi dairelerinden sigortalı işe giriş bildirgesini yasal süresi içinde Kuruma vermeyenlere her bir sigortalı için idari para cezası uygulanır. Belgenin Kuruma yasal süresinde verilip verilmediğinin tespitinde adi postayla gönderilmesi halinde Kurum kayıtlarına intikal ettiği tarih, iadeli taahhütlü veya acele posta ile gönderilmesi halinde postaya verilmiş tarihi esas alınır.





**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI  
GENEL SAĞLIK SİGORTASI GİRİŞ BİLDİRGESİ**

Barkot No:

<b>SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI</b>										
<b>A- SİGORTALININ KİMLİK BİLGİLERİ</b>										
1	Adı				11	Yabancı Uyruklu ise Ülke Adı				
2	Soyadı				12	Öğrenim Durumu	İlköğretim <input type="checkbox"/>	Lise <input type="checkbox"/>		
3	İlk Soyadı						Lisans <input type="checkbox"/>	Lisansüstü <input type="checkbox"/>		
4	Baba Adı						Okuryazar: <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>		
5	Ana Adı									
6	Doğum Yeri				13	Askerlik Durumu	Başlangıç - Bitiş Tarihi			
7	Doğum Tarihi						Er <input type="checkbox"/>	Yedek Sb <input type="checkbox"/>		
8	Cinsiyeti	Erkek <input type="checkbox"/>	Kadın <input type="checkbox"/>				Muaf <input type="checkbox"/>	Tecilli <input type="checkbox"/>		
9	Medeni Hali	Evli <input type="checkbox"/>	Bekar <input type="checkbox"/>		İkametgah Adresi :					
<b>NÜFUSA KAYITLI OLDUĞU YER</b>										
10	İl				14	Bulvar: ..... Cadde: .....				
	İlçe					Sokak: ..... Dış Kapı No: ..... İç K. No: .....				
	Mahalle/Köy					Mahalle/Köy: ..... Posta Kodu : .....				
	Cilt No					İlçe: ..... İl: .....				
	Aile Sıra No (Hane-Kütük)									
	Birey sıra No									
<b>B- SİGORTALININ SOSYAL GÜVENLİK BİLGİLERİ</b>										
16	Sigortalının Statüsü	60/c-1 Aile İçi Geliri Aylık Asgari Ücretin Üçte Birinden Az Olanlar	<input type="checkbox"/>	60/g Aile İçi Geliri Aylık Asgari Ücretin Üçte Biri İle Asgari Ücret Arasında Olanlar	<input type="checkbox"/>					
		60/c-2 Vatansız ve Sigmacılar	<input type="checkbox"/>	60/g Aile İçi Geliri Aylık Asgari Ücretle Asgari Ücretin İki Katı Arasında Olanlar	<input type="checkbox"/>					
		60/c-7 2828 sayılı K. Kapsamında Olanlar	<input type="checkbox"/>	60/g Aile İçi Geliri Aylık Asgari Ücretin İki Katının Üzerinde Olanlar	<input type="checkbox"/>					
		60/c-7 Anasız ve Babasız Çocuklar	<input type="checkbox"/>	60/g 60.Maddenin Diğer Bendleri Kapsamı Dışında Kalan ve Başka Bir Ülke Sağlık Sigortasından Yararlanmayanlar	<input type="checkbox"/>					
		60/c-9 442 sayılı K.74. Maddesinin 2 Fıkrasına Göre Görevlendirilenler	<input type="checkbox"/>							
		60/d Oturma İzni Almış Yabancılar	<input type="checkbox"/>							
		60/e İşsizlik Ödeneği Alanlar	<input type="checkbox"/>							
17	Genel Sağlık Sigortasının Başladığı Tarih .....									
<b>C-BEYAN VE TAAHHÜTLER</b>										
18	Yukarıda yazılı hususların gerçeğe uygun olduğunu ve olabilecek değişiklikleri derhal Kuruma bildireceğimi beyan ederim. ....					Sigortalının Adı-Soyadı İmzası				
19	<b>İŞYERİ SİCİL NUMARASI</b>									
	M	İŞ KOLU KODU	ÜNİTE KODU ESKİ YENİ		İŞYERİ SIRA NUMARASI	İL KODU	İLÇE KODU	KONT NO	ALT İŞV.	
20	İşverenin Adı-Soyadı / Üniv. İşyerinin / İlgili Kuruluşun Adı					İşverenin / İşyerinin / İlgili Kuruluşun Adresi				
	.....					.....				
	.....					.....				
	.....					.....				
Yukarıda yazılı hususların sigortalının nüfus cüzdanındaki ve beyan ettiği resmi belgelerdeki kayıtlara uygun bulunduğunu ve doğru olduğunu beyan ederim.										
..... Onaylayanın Yetkilinin Adı Soyadı, İmzası, Mühür veya Kaşesi										

## AÇIKLAMALAR

1. Bu belge 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 60. maddesi gereğince genel sigortalısı sayılanların Kuruma bildirilmesi amacıyla kullanılır.

2. Genel Sağlık Sigortası Giriş Bildirgesi Kuruma internet, elektronik veya benzeri ortamda verilir. Ancak, genel sağlık sigortalılarını Kuruma bildirmekle yükümlü kurumlar ile Kurum arasında internet ve elektronik alt yapı oluşturuluncaya kadar kağıt ortamında yürütülür.

3. "Sosyal Güvenlik Sicil Numarası" hanesine, Vatandaşlık ve Nüfus İşleri Genel Müdürlüğü tarafından verilen TC kimlik numarası yazılır. Yabancı Uyruklular için ise bu alana Kurumca verilen Sosyal Güvenlik Sicil Numarası yazılır.

4."Belgenin Mahiyeti" bölümünde ilk defa genel sağlık sigortalısı olacak kişi için düzenlenen bildirgenin üst bölümündeki "İlk", daha önce genel sağlık sigortalısı olanlar ise "Tekrar" kelimesinin yanındaki kutu (X) ile işaretlenir.

5. 1 ila 14 numaralı alanlar sigortalının nüfus cüzdanı bilgileri ile uyruk, öğrenim, askerlik durumu ve adres bilgilerine göre doldurulur.

6. 16 numaralı Sigortalının Statüsü alanında, Sigortalının durumuna uygun olan kutu (x) ile işaretlenir.

Bu sigortalılardan:

- 60/c-1 kapsamındaki alie içi geliri aylık asgari ücretin üçte birinden az olanların kendileri tarafından,

- 60/c-2 kapsamındaki vatansız ve sığınmacıların Emniyet Genel Müdürlüğü tarafından,

- 60/c-7 kapsamındaki 2828 sayılı kanun gereğince SHÇEK'nca sağlanan yardımlardan ücretsiz yararlananların SHÇEK tarafından,

- 60/c-7 kapsamındaki anasız ve babasız çocukların varsa kanuni temsilcisi yoksa yakınları tarafından,

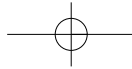
- 60/c-9 kapsamındaki 442 sayılı kanunun 74. maddesinin 2 fıkrasına göre görevlendirilen köy korucularının görevlendirmelerini İçişleri Bakanlığının onayına sunan Valilik tarafından,

- 60/d kapsamındaki oturma izni almış yabancıların kendileri tarafından,

- 60/e kapsamındaki işsizlik ödeneği alanların Türkiye İş Kurumu tarafından,

- 60/g kapsamındaki aile içi geliri aylık asgari ücretin üçte biri ile asgari ücretin iki katı arasında olanların kendileri tarafından,

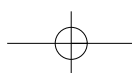
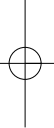
- 60/g kapsamındaki 60.maddenin diğer bendleri kapsamı dışında kalan ve başka bir ülke sağlık sigortasından yararlanmayanların kendileri tarafından,

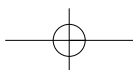
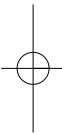
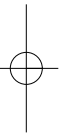
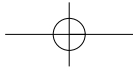


Genel sağlık sigortası giriş bildirgesi bir ay içinde Kuruma verilir.

7. Bildirgenin "C-Beyan ve Taahhütler" bölümünün 18 numaralı alanı, bildirgenin internet ortamı dışında verilmesi halinde sigortalı tarafından imzalanır. 19 ve 20 alan genel sağlık sigortalısını kuruma bildirmekle yükümlü kurum tarafından doldurulacaktır. Söz konusu belge genel sigortalısı tarafından doldurulup Kuruma verilmesi halinde 19 ve 20 numaralı alanlar doldurulmayacaktır.

8. Kanununun 60 ıncı maddesi gereğince genel sağlık sigortalılarını kuruma bildirmek zorunda olduğu halde yasal süresinde bildirmeyen kurum ve kuruluşlara her bir sigortalı için idari para cezası uygulanır. Kuruma yasal süresinde verilir vermediğinin tespiti için idari para cezası uygulanır. Kuruma yasal süresinde verilir vermediğinin tespitinde adi postayla gönderilmesi halinde Kurum kayıtlarına intikal ettiği tarih, iadeli taahhütlü veya acele posta ile gönderilmesi halinde postaya veriliş tarihi esas alınır.





Ek-3

T.C.  
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU  
SİGORTALI BİLDİRİM BELGESİ

SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI (TC KİMLİK NUMARASI)																																																			
A- SİGORTALININ KİMLİK BİLGİLERİ																																																			
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"/>																																																
NÜFUSA KAYITLI OLDUĞU YER																																																			
10										İl																																									
										İlçe																																									
										Mahalle/Köy																																									
										Cilt No																																									
										Aile Sıra No (Hane-Kütük)																																									
										Birey Sıra No																																									
										11 Yabancı Uyruklu İse Ülke Adı																																									
12 İkametgah adresi : Bulvar: ..... Cadde: ..... Sokak: ..... Dış Kapı No: ..... İç Kapı No: ..... Mahalle/Köy: ..... Posta Kodu : ..... İlçe: ..... İl: ..... Ev Tel : ..... Cep Tel : ..... E-mail : .....																																																			
B-BEYAN VE TAAHHÜTLER																																																			
İşverenin Adı- Soyadı /Ünvanı : .....																																																			
İşletme Adı : .....																																																			
İşyeri Adresi : Bulvar: ..... Cadde: ..... Sokak: ..... Dış Kapı No: ..... İç Kapı No: ..... Mahalle/Köy: ..... Posta Kodu : ..... İlçe: ..... İl: .....										<table border="1"> <tr> <th colspan="8">İŞYERİ SİCİL NUMARASI</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">M</th> <th rowspan="2">İŞKOLU KODU</th> <th rowspan="2">ÜNİTE KODU</th> <th rowspan="2">İŞYERİ SIRA NUMARASI</th> <th rowspan="2">İl Kodu</th> <th rowspan="2">ilçe kodu</th> <th rowspan="2">Kontrol Kodu</th> <th rowspan="2">alt İşveren</th> </tr> <tr> <th colspan="8">ESKİ YENİ</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										İŞYERİ SİCİL NUMARASI								M	İŞKOLU KODU	ÜNİTE KODU	İŞYERİ SIRA NUMARASI	İl Kodu	ilçe kodu	Kontrol Kodu	alt İşveren	ESKİ YENİ															
İŞYERİ SİCİL NUMARASI																																																			
M	İŞKOLU KODU	ÜNİTE KODU	İŞYERİ SIRA NUMARASI	İl Kodu	ilçe kodu	Kontrol Kodu	alt İşveren																																												
								ESKİ YENİ																																											
T.C. SOSYAL GÜVENLİK KURUMU																																																			
Yukarıda unvanı, adresi ve işyeri sicil numarasını belirttiğim işyerinde ...../...../..... tarihinden itibaren çalışmaya başladığımı ve bu belgedeki bilgilerin gerçeğe uygun olduğunu beyan ederim. ....																																																			
Adı-Soyadı ve İmzası																																																			

## AÇIKLAMALAR

1- Bu belge, hizmet akdi ile sigortalı olarak çalışmaya başlayanların kendilerini 5510 sayılı Kanununun 8'inci maddesi gereği Sosyal Güvenlik Kurumuna bildirmeleri amacıyla kullanılır.

2- "Sosyal Güvenlik Sicil Numarası" hanesine, T.C. Kimlik Numarası, yabancı uyrukular için ise Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü tarafından verilen kimlik numarası yazılır. Bu alan doldurulurken en soldaki kutucuktan başlamak üzere her kutuya bir rakam gelecek şekilde yazılır.

3- "A-Sigortalıların Kimlik Bilgileri" bölümünün bütün haneleri nüfus hüviyet cüzdanındaki bilgilere göre tam ve doğru olarak doldurulur.

4- "B-Beyan ve Taahhütler" bölümünde; "İşverenin Adı-Soyadı, Unvanı" satırında; işyerinin varsa unvanı, işyeri kişiye ait ise adı ve soyadı, "İşyeri Sicil Numarası" satırında biliniyorsa çalışmaya başlanılan işyerinin çalışmaya başlanılan tarih, gün, ay, yıl olarak noksansız yazılır.

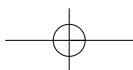
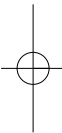
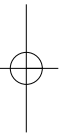
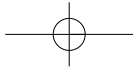
5- Bu belgenin, işe başlanılan tarihten itibaren 30 gün içinde işyerinin bağlı bulunduğu Sosyal Güvenlik Müdürlüğüne/Merkezinin verilmesi gerekir.

**T.C.**  
**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU**  
**SİGORTALI İŞTEN AYRILIŞ BİLDİRGESİ**  
**(4/1- a ve b kapsamındaki sigortalılar için)**

Ek-5

A - SİGORTALININ																									
1	Sosyal Güvenlik Sicil No (T.C. Kimlik No)																								
2	Adı Soyadı																								
B - SİGORTALININ HİZMET BİLGİLERİ																									
Yıl	Ay	İşten Ayrılış Tarihi	Prim Ödeme Gün Sayısı	Prime Esas Kazanç Tutarı	İşten Ayrılış Nedeni (Kodu)																				
TOPLAM																									
C-BEYAN VE TAAHHÜTLER																									
<b>İŞYERİ SİCİL NUMARASI</b>																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 2%;">3</td> <td rowspan="2" style="width: 2%;">M</td> <td rowspan="2" style="width: 5%;">İŞKOLU KODU</td> <td colspan="2" style="width: 10%;">ÜNİTE KODU</td> <td rowspan="2" style="width: 15%;">İŞYERİ SIRA NUMARASI</td> <td rowspan="2" style="width: 5%;">İL KODU</td> <td rowspan="2" style="width: 5%;">İLÇE KODU</td> <td rowspan="2" style="width: 5%;">KONT NO</td> <td rowspan="2" style="width: 5%;">ALT İŞV</td> <td rowspan="2" style="width: 2%;">4</td> <td rowspan="2" style="width: 20%;">İLGİLİ KURUM/KURULUŞ/ VERGİ DAİRESİ / ODA /TİCARET-ESNAF SİCİL NUMARASI</td> </tr> <tr> <td style="width: 5%;">ESKİ</td> <td style="width: 5%;">YENİ</td> </tr> </table>												3	M	İŞKOLU KODU	ÜNİTE KODU		İŞYERİ SIRA NUMARASI	İL KODU	İLÇE KODU	KONT NO	ALT İŞV	4	İLGİLİ KURUM/KURULUŞ/ VERGİ DAİRESİ / ODA /TİCARET-ESNAF SİCİL NUMARASI	ESKİ	YENİ
3	M	İŞKOLU KODU	ÜNİTE KODU		İŞYERİ SIRA NUMARASI	İL KODU	İLÇE KODU	KONT NO	ALT İŞV	4	İLGİLİ KURUM/KURULUŞ/ VERGİ DAİRESİ / ODA /TİCARET-ESNAF SİCİL NUMARASI														
			ESKİ	YENİ																					
İşverenin/İşyerinin/İlgili Kuruluşun Adı-Soyadı/Ünv.						İşverenin/İşyerinin/İlgili Kuruluşun Adresi																			
						Bulvar: ..... Cadde: .....																			
						Sokak:..... Dış Kapı No:..... İç K.No:.....																			
						Mahalle/Köy:..... Posta Kodu : .....																			
						İlçe:..... İl:.....																			
5																									
Yukarıda yazılı hususların sigortalının nüfus cüzdanındaki ve beyan ettiği resmi belgelerdeki kayıtlara uygun bulunduğunu ve doğru olduğunu beyan ederim.																									
<p style="text-align: center;">...../...../.....</p> <p style="text-align: center;">Onaylayanın Yetkilinin Adı Soyadı, İmzası, Mühür veya Kaşesi</p>																									





AİLE DURUMU BİLDİRİMİ

...../..... DÖNEMİ

BİLDİRİMİ VERENİN	T.C./Vergi Kimlik No : Adı Soyadı : Medeni Hali :	SGK No : Görevi :
----------------------	---	----------------------

ASGARI GEÇİM İNDİRİMİ İÇİN EŞİN

<u>Adı Soyadı</u>	<u>İşin Durumu</u>	<u>Eşin Gelirine İlişkin Açıklama</u>
	<input type="checkbox"/> Çalışıyor	
	<input type="checkbox"/> Çalışmıyor	
	<input type="checkbox"/> Geliri Olan	
	<input type="checkbox"/> Geliri Olmayan	

MÜKELLEFLE OTURAN VEYA MÜKELLEF TARAFINDAN BAKILAN ÇOCUKLARIN DURUMU

Adı Soyadı TC Kimlik Numarası Doğum Tarihi Cinsiyet Baba Adı Ana Adı Öz/Üvey Eğitim Durumu	
---	--

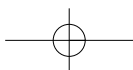
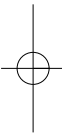
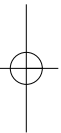
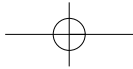
Alt satırdaki hususları da göz önüne almak suretiyle düzenlediğim asgari geçim indirimine ait bildirimdir.

Düzenleyenin

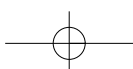
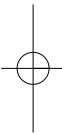
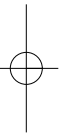
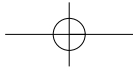
Adı Soyadı

İmzası / Tarih

1. Bu bildirim işverenlerce yukarıdaki muhteviyatına uygun olarak çoğaltılıp kullanılabilir.
2. İlk işe girişte verilir. Aile durumunda değişiklik halinde yeniden düzenlenir.
3. Nafaka bağladıkları çocuklar için mahkeme ilamının noter onaylı örneği eklenir.
4. Çocuklar SGK yönünden tabi oldukları eşin bildirimine dahil edilir.







## İŞÇİNİN YILLIK ÜCRETLİ İZİN TALEBİ DİLEKÇESİ

..../...../20.....

Konu : Yıllık İzin Talebi Hakkında

Sayın (işveren) .....  
Adres:.....  
.....unvanlı işyerinizde  
..... tarihinden itibaren çalışmaktayım.  
...../...../..... - ...../...../.....Tarihleri arasında yıllık ücretli iznimi  
(.....) gün ücretsiz yol izni kullanmak istiyorum.  
Gereğini arz ederim.

Adres:

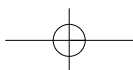
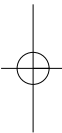
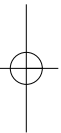
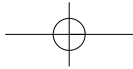
Adı ve Soyadı :

Görevi :

TC kimlik No:

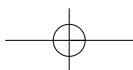
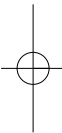
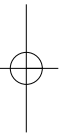
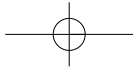
SGK Sicil No:

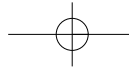
İmza :











## HİZMET AKDI FESİH BİLDİRİMİDİR

Bildirim tarihi ve sayısı : .....

### **İŞVERENİN :**

Adı Soyadı-Unvanı : .....

Adresi : .....

SGK İşyeri Sicil Numarası : .....

Sayın Bay/Bayan

.../ ... /.....Tarihinde yapılmış olan Belirli/Belirsiz süreli hizmet akdiniz ... /... /..... tarihi itibarıyla .....

.....  
.....  
.....

nedenlerden dolayı ve 4857 sayılı İş Kanununun Maddesine göre tarafımızca feshedilmiştir.

<u>Hizmet Akdi Feshedilen İşçi</u>	<u>Hizmet Akdini Fesheden İşveren / Vekili</u>
Adı Soyadı	Adı Soyadı/Unvan
Fesih Bildirimini aldım. ... /.../....	Fesih Bildirimini Teslim eden
İmza	imza

### **(FESİH BİLDİRİMİNİN ALINMADIĞINDA DÜZENLENECEK TUTANAK) TUTANAKTIR**

### **İŞVERENİN :**

Adı Soyadı-Unvanı

Adresi

SGK İşyeri Sicil Numarası

Yukarıda Unvan ve adresi yazılı ..... Bölge Çalışma Müdürlüğünde sicil numarası ile kayıtlı işyerimizde çalışmakta olan ..... SGK Sigorta Sicil Numaralı işçinin hizmet akdi ... / ... / ..... tarih itibarıyla 4857 sayılı İş Kanununun ..... maddesine göre feshedilmiştir.

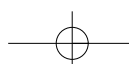
Feshe ait ... / ... / .... tarih vesayılı bildirim işçi tarafından tebellüğ edilmemiştir.

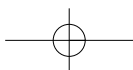
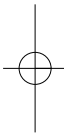
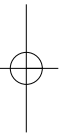
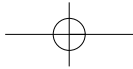
Söz konusu bildirim, şahitler huzurunda kendisine okunarak tespiti için ... /.../..... tarihinde şahitlerle birlikte imza altına alınmıştır.

İşveren / Vekili  
Adı Soyadı/Unvanı  
imza

Şahit  
Adı Soyadı/Unvanı  
imza

Şahit  
Adı Soyadı/Unvanı  
imza





## DOĞUM YAPAN KADININ 6 AYLIK ÜCRETSİZ İZİN TALEP DİLEKÇESİ

Sayın .....

.../...../20..

Konu : Ücretsiz İzin Talebi Hk.

..... unvanlı  
İşyerinizde .../...../..... tarihinden itibaren çalışmaktayım.  
.../...../..... Tarihinde doğum yaptım. .... /..... /..... - .../...../... tarihleri arasında  
doğum izni kullandım. 4857 sayılı İş Kanununun 74. Maddesi gereğince ...../.../... tarihinden  
geçerli olmak üzere (6) aylık ücretsiz izin hakkımı kullanmak istiyorum.

Gereğini arz ederim.

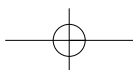
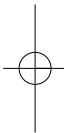
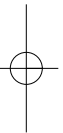
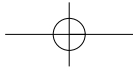
Adı Soyadı  
İmza

Adres :

.....  
.....  
.....  
.....

EK :

Doğum Rapor Örneği



## DOĞUM YAPAN KADININ EMZİRME İZİN TALEP DİLEKÇESİ

Sayın .....

.../...../20..

Konu : Emzirme İzin Talebi Hk.

..... unvanlı

İşyerinizde .../...../..... tarihinden itibaren çalışmaktayım.

.../...../.....Tarihinde doğum yaptım...../..... /..... - ...../...../..... tarihleri arasında doğum izni kullandım.

4857 sayılı İş Kanununun 74. Maddesi gereğince 1 yıllık süre için, 1,5 saat emzirme izni kullanmak istiyorum. Emzirme iznini tamamını iş bitiminden önce / ..... : ..... - ..... : ....., ..... : ..... - ..... : ..... Saatleri arasında kullanmayı talep ediyorum.

Gereğini arz ederim.

Adı Soyadı

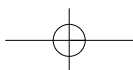
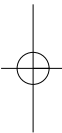
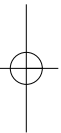
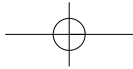
İmza

Adres :

.....  
.....  
.....  
.....

EK :

Doğum Rapor Örneği



## İŞ KAZASININ TANIMI, BİLDİRİLMESİ VE SORUŞTURULMASI

İş kazası;

a) Sigortalının işyerinde bulunduğu sırada,

**b) İşveren tarafından yürütülmekte olan iş nedeniyle, sigortalı kendi adına ve hesabına bağımsız çalışıyorsa yürütmekte olduğu iş nedeniyle,**

c) Bir işverene bağlı olarak çalışan sigortalının, görevli olarak işyeri dışında başka bir yere gönderilmesi nedeniyle asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda,

**d) 5510 sy SSGSS Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamındaki emziren kadın sigortalının, iş mevzuatı gereğince çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda,**

e) Sigortalıların, işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere gidiş geliş sırasında, meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedenen ya da ruhen özüre uğratan olaydır.

İş kazasının 4 üncü maddenin birinci fıkrasının;

a) (a) bendi ile 5 inci madde kapsamında bulunan sigortalılar bakımından bunları çalıştıran işveren tarafından, o yer yetkili kolluk kuvvetlerine derhal ve Kuruma da en geç kazadan sonraki üç işgünü içinde,

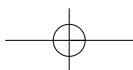
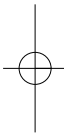
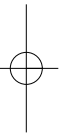
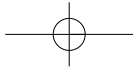
b) (b) bendi kapsamında bulunan sigortalı bakımından kendisi tarafından, bir ayı geçmemek şartıyla rahatsızlığının bildirim yapmaya engel olmadığı günden sonra üç işgünü içinde,

**c) iş kazası ve meslek hastalığı bildirgesi ile doğrudan ya da taahhütlü posta ile Kuruma bildirilmesi zorunludur. Bu fıkranın (a) bendinde belirtilen süre, iş kazasının işverenin kontrolü dışındaki yerlerde meydana gelmesi halinde, iş kazasının öğrenildiği tarihten itibaren başlar.**

Kuruma bildirilen olayın iş kazası sayılıp sayılmayacağı hakkında bir karara varılabilmesi için gerektiğinde, Kurumun denetim ve kontrol ile yetkilendirilen memurları tarafından veya Bakanlık iş müfettişleri vasıtasıyla soruşturma yapılabilir. Bu soruşturma sonunda yazılı olarak bildirilen hususların gerçeğe uymadığı ve olayın iş kazası olmadığı anlaşılırsa, Kurumca bu olay için yersiz olarak yapılmış bulunan ödemeler, ödemenin yapıldığı tarihten itibaren gerçeğe aykırı bildirimde bulunanlardan, 96 ncı madde hükmüne göre tahsil edilir.

İş kazası ve meslek hastalığı bildirgesinin şekli ve içeriği, verilme usûlü ile bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.





# İŞ KAZASI TUTANAĞI

## Kaza Geçiren İşçinin

Adı Soyadı .....

SGK Sicil No .....

TC Kimlik No .....

Baba Adı .....

Doğum Yeri .....

Doğum Tarihi .....

Görevi .....

İşe Başlama Tarihi .....

Kaza Tarih ve Saati .....

Kaza Tarihindeki İşçi Sayısı .....

Kaza Günü İşbaşı Saati .....

Adres .....

Telefon .....

Uzuv Kaybı .....

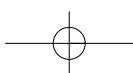
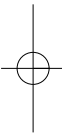
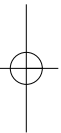
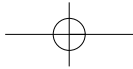
Kazanın Nasıl Olduğu Hakkında Bilgi .....

.....

.....

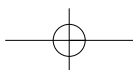
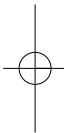
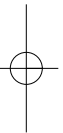
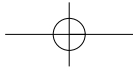
.....

	Müdür	Kazalı	Tanık 1	Tanık 2
Adı Soyadı				
Görevi				
Adres				
Telefon				
İmza				



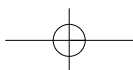
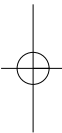
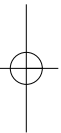
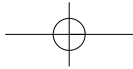
# İŞYERİ KAZA VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU (ÇSGB'na)

1	İşyerinin	Bölge Müdürlüğü Sicil No .....
		Unvanı / Adresi : .....
		İşçi Sayısı Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Çocuk <input type="checkbox"/> Hükümlü <input type="checkbox"/> Özürlü <input type="checkbox"/> Stajyer <input type="checkbox"/>
Kaza Tarihi : ...../..... Kaza Gününde İşbaşı saati : .....:..... Kazanın Olduğu Saat : .....		
2	Kazanın Meydana Geldiği Bölüm : .....	
Kazada Yaralanan Uzun- Yaralanma Şekli : .....		
3	İşçinin 1. Derece Yakınının Adı Soyadı : .....	
Adres : .....		
Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi Tarihi : .....		
Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi ile Sevk Edilenin Çalıştığı Bölüm : .....		
4	Meslek Hastalığı Tanısı ve Şüphesinin Türü : .....	
Meslek Hastalığının Saptanma Şekli : .....		
Periyodik Üst Kurum Meslek Muayene ile <input type="checkbox"/> sevk ile <input type="checkbox"/> Hast. <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
5	Kazazede veya Kazazadelerin/ Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüpheli ile Hastaneye Sevk Edilenin	Adı Soyadı : Cinsiyeti : TC Kimlik No / SGK NO : Yaşı : İşe Giriş Tarihi : Esas İş Mesleği : Medeni Hali : Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Dul <input type="checkbox"/> Öğrenim Durumu İlk Öğrt. <input type="checkbox"/> Orta Öğrt <input type="checkbox"/> Y.Okul <input type="checkbox"/> Üniv. <input type="checkbox"/> Y.Lisans <input type="checkbox"/>
	Kaza Sonucu Ölü / Y:Ölü <input type="checkbox"/> Ağır Yaralı <input type="checkbox"/> Uzun Kyb <input type="checkbox"/> Hafif Yrl <input type="checkbox"/>	
	Kaza Sonucu Yaralanan İşçilerden İstirahat Alanların Sayısı 1 Gün <input type="checkbox"/> 2 Gün <input type="checkbox"/> 3 Gün <input type="checkbox"/> 3 Gün + <input type="checkbox"/>	
	6	Kazayı Gören Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>
	Şahitlerin Adı Soyadı : .....	
	Şahitlerin Adresi : .....	
	Şahitlerin İmzası : .....	
Kazanın Sebebi ve Nasıl Olduğu .....		
Not: İşverenler İşyerinde meydana gelen iş kazasını ve tespit edilecek meslek hastalığını en geç iki iş günü içinde yazı ile ilgili Bölge Müdürlüğüne bildirmek zorundadır. Bu bildirim zamanında yapmayan işverenlere aynı kanunun 105. maddesi uyarınca İPC kesilir.		
1,3,5 ve 7. bölümler hem kaza hem de meslek Hastalığı bildiriminde kullanılır.		
2 ve 6. bölümler sadece kaza bildiriminde kullanılır.		
4. bölüm ise sadece meslek hastalığı bildiriminde kullanılır.		



# T.C. SGK İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI BİLGİ FORMU (SGK'YA)

<b>1. İŞYERİ BİLGİLERİ</b>		
Bağlı Bulunduğu İl :	Sicil No :	
Vergi Dairesi ve Numarası :	Tlf :	Fax :
İşçi Sayı Erkek :..... Kadın :..... Çocuk : .....	Stajyer :.....	
Terör Mağdur Özürlü : .....	Hükümlü :.....	Genel Toplam: .....
<b>2. Kazazede ve Kazazedelerin / Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüpheli ile Hastaneye Sevk Edilenin</b>		
Adı Soyadı :.....	Cinsiyeti : Kadın .....	Erkek .....
TC Kimlik No :.....	SGK Sicil No : .....	
Bağkur Sicil No :.....		
İşe Giriş Tarihi : ..../...../.....	Medeni Hali : Evli : .....	Bekar :..... Dul :.....
Öğrenim Durumu :		
Okur Yazar :.....	Okur Yazar Değil : .....	İlk Öğretim : .....
Orta Öğretim : .....	Yüksek Okul : .....	Üniversite : .....
Y.Lisans : .....	Doktora : .....	
İstihdam Durumu :		
5510 SSGSSK 4-a	<input type="checkbox"/> Daimi	<input type="checkbox"/> Mevsimlik
	<input type="checkbox"/> E.Hüküm.	<input type="checkbox"/> Hükümlü
	<input type="checkbox"/> Ödünç çalışan	<input type="checkbox"/> Geçici
	<input type="checkbox"/> Terör Mağduru	<input type="checkbox"/> Özürlü
	<input type="checkbox"/> Stajyer / Çıtrak	<input type="checkbox"/> Diğer
	<input type="checkbox"/> Alt İşverene ait çalışan	
5510 SSGSSK 4-B	<input type="checkbox"/> Kendi adına hesabına	
Çalışma Şekli : Tam zamanlı : .....	Kısmi zamanlı : .....	Diğer :.....
Prim Ödeme Sona Erdi :.....	Sona ermedi : .....	
Sona erdi ise Tarihi :		
Son bir yıl içindeki toplam ücretli izin gün sayısı : .....	Son işyerine giriş tarihi :.....	
Esas İş Mesleği :.....	Uyruğu : .....	
İşçinin 1. derece yakınının :		
Adı soyadı : .....	Adresi:.....	
<b>İş Kazası Halinde Doldurulacaktır</b>		
3	Kazanın Tarihi : ..../...../.....	Kaza Gününde İşbaşı Saati : .....
4	Kaza anında yaptığı iş : .....	
5	Kazanın Sebebi : .....	Kazanın sonucu iş göremezliği ;
		Var ..... Yok ..... Ölüm.....
6	Yaranın Türü : .....	
7	Yaranın Vücuttaki yeri : .....	
8	İşyerinin Büyüklüğü : .....	
9	Çalışılan Ortam : .....	
10	Çalışılan Çevre : .....	
11	Kaza anında kazazedenin yürütmekte olduğu genel faaliyet : .....	
12	Kazadan az önceki zamanda kazazedenin yürüttüğü özel faaliyet : .....	
13	Olayı normal seyrinden saptıran kazaya sebebiyet veren olay (sapma):.....	
14	Yaralanmaya sebep olan hareket ( olay ):.....	
15	Özel faaliyet sırasında kullandığı Materyel (Araç) : .....	
16	Sapmaya sebep veren Materyel (Araç) : .....	
17	Yaralanmaya sebep olan hareket sırasında kullanılan materyel ( Araç):.....	
	Kazayı gören : Var.....	Şahitlerin adresi:
	YOK .....	
18	Şahitlerin Adı Soyadı : .....	
	Şahitlerin İmzası : .....	
19	Kazanın Oluş Şeklini ve Sebebini açıklayınız : .....	



## İŞ KAZASI BİLDİRİMİ (SGK)

TC  
ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI  
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU  
İL MÜDÜRLÜĞÜNE

.....

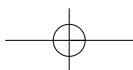
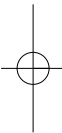
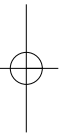
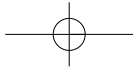
İşyerimiz ..... adresinde  
kurulu olup müdürlüğünüzde, .....işyeri sicil numarası ile  
tescillidir. İşyerimizde ...../...../.....tarihinde saat .... : ..... sıralarında bir iş kazası olmuş  
ve.....sicil numaralı ..... işçimiz  
vefat etmiştir / yaralanmıştır.

Sigortalımızın tedavi işlemleri ..... hastanesinde  
Yapılmıştır / yapılmaktadır. Olayla ilgili düzenlenen iş kazası tutanağı ve kazalı işçi-  
ye ait vizite kağıdı ektedir.  
Gereğini arz ederiz.

İşyeri adresi:  
İş Telefonu :

İşveren / İşveren Vekili  
İmza Tasrih Kaşe



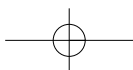
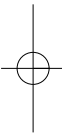
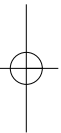
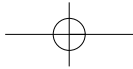


## EK-2

## İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU

Düzenlenme tarihi.....

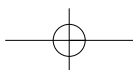
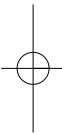
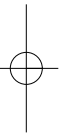
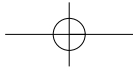
1	İşyerinin	Unvanı :
		SGK/Bölge Müdürlüğü Sicil No :
		Adresi :
		Tel No. ve E-mail :
İşçi Sayısı : Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Genç <input type="checkbox"/> Çocuk <input type="checkbox"/> Özürlü <input type="checkbox"/>		
Toplam <input type="checkbox"/>		
2	Kaza Tarihi : ..... Kaza Gününde İşbaşı Saati : .....	
	Kazanın olduğu saat : .....	
	Kazanın Meydana Geldiği Bölüm :	
Kazada Yaralanan Uzun ve Yaralanma Şekli :		
3	İşçinin 1. derece yakınının Adı ve Soyadı :	
Açık adresi :		
4	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi Tarihi :	
	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi İle Sevk Edilenin Çalıştığı Bölüm / İş :	
	Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesinin Türü :	
	Meslek Hastalığının Tespit Edilme Şekli: Periyodik <input type="checkbox"/> Üst Kurum <input type="checkbox"/> Meslek Hast. <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Muayene ile <input type="checkbox"/> Sevki ile <input type="checkbox"/> Hastanesinde <input type="checkbox"/>	
5	Kazazede veya Kazazedelerin / Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi İle Hastaneye Sevk Edilenin	Adı ve Soyadı : Cinsiyeti : E <input type="checkbox"/> K: <input type="checkbox"/>
		T.C. Kimlik No. :
		Sigorta Sicil No :
		Doğum Tarihi :
		İşe Giriş Tarihi :
		Esas İş (Mesleği) :
		Medeni Hali : Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Dul <input type="checkbox"/>
		Öğrenim Durumu : İlköğretim <input type="checkbox"/> Ort.Öğr. <input type="checkbox"/> Ön Lisans <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Y. Lisans <input type="checkbox"/>
		Doktora <input type="checkbox"/>
		Kaza Anında Yaptığı İş :



Kaza sonucu ölü ve yaralı sayısı : Ölü <input type="checkbox"/> Ağır Yaralı <input type="checkbox"/> Uzun Kaybı <input type="checkbox"/> Hafif Yaralı <input type="checkbox"/>	
Kaza sonucu yaralanan işçilerden istirahat alanların sayısı : 1 Gün <input type="checkbox"/> 2 Gün <input type="checkbox"/> 3 Gün <input type="checkbox"/> 3 günden fazla veya açık istirahat <input type="checkbox"/>	
Kazayı Gören : Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	
6	Şahitlerin Adı-Soyadı :
	Şahitlerin İmzası :
	Şahitlerin Adresi :
Kazanın Sebebi ve Oluş Şekli (Açıklayınız) :	7 İşveren veya Vekilinin Adı ve Soyadı İmzası

**Not:** 1- İşverenler işyerinde meydana gelen iş kazasını ve tespit edilecek meslek hastalığını en geç iki iş günü içinde yazı ile ilgili Bölge Müdürlüğüne bildirmek zorundadır. (4857 sayılı İş Kanunu Md. 77) Bu bildirim zamanında yapmayan işverenlere aynı kanunun 105 inci Maddesi uyarınca idari para cezası uygulanır.

- 2- 1, 3, 5 ve 7. inci bölümler hem kaza, hem de meslek hastalığı bildirim durumunda,  
2 ve 6. ncı bölümler sadece kaza bildirim durumunda,  
4. üncü bölüm ise sadece meslek hastalığı bildirim durumunda,  
doldurulacaktır. (Formun ön yüzü yetmediği takdirde arka yüzü kullanılabilir.)



## İŞE İZİNSİZ GELMEME / İŞE GEÇ GELME TUTANAĞI

### TUTANAKTIR

#### İŞVERENİN

Adı Soyadı-Unvanı :  
Adresi :  
SGK İşyeri Sicil Numarası :

Yukarıda Adı Soyadı/Unvanı adresi yazılı ..... Bölge Çalışma Müdürlüğü işyeri sicil numarası ile kayıtlı işyerimizde çalışan sigorta sicil numaralı işçimiz; ... / ... / ..... tarihinde iznimiz ve bilgimiz olmaksızın mazeretsiz olarak mesaisine gelmemiştir / ... defa olarak geç gelmiştir.

Bu tutanak ...../...../..... tarihinde aşağıda isimleri yazılı şahitler huzurunda düzenlenmiş ve okunmuştur.

İşveren / Vekili / Bölüm Amiri	Şahit	Şahit
Adı Soyadı/Unvanı	Adı Soyadı/Unvanı	Adı Soyadı/Unvanı
imza	imza	imza

### İŞE İZİNSİZ GEÇ GELME / GELMEME İHTARI

#### İHTARDIR

#### İHTAR VEREN

#### İŞVERENİN :

Adı Soyadı-Unvanı :  
SGK İşyeri Sicil Numarası :  
İHTAR ALAN :  
İŞÇİNİN :  
Adı Soyadı-Unvanı :  
SGK Sigorta Sicil Numarası :  
TEBLİGATIN TARİH VE NUMARASI :  
UYGUN GÖRÜLEN CEZA :  
VARSA MAZERETİ :

Sayın :

...../...../..... tarihinde/ tarihlerinde süreyle iznimiz ve bilgimiz olmaksızın mesainize gelmediniz / defa olarak geç geldiniz.

Bilginize rica olunur.

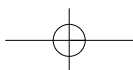
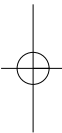
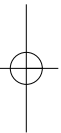
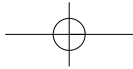
Birim Amiri

Adı Soyadı-İmza

ONAY

Personel Müdürü

Adı Soyadı-İmza



## İBRANAMEDİR

### **İŞVERENİN:**

Adı Soyadı-Unvanı : .....

Adresi : .....

SGK İşyeri Sicil Numarası : .....

### **İŞÇİNİN :**

Adı Soyadı : .....

SGK Sigorta Sicil Numarası : .....

İşe Başlama Tarihi : ...../...../.....

İşten Ayrılış Tarihi : ...../...../.....

İşten Ayrılış Nedeni : (Terk, İstifa, Çıkarılma, Vatani Görev, Emeklilik, Vefat, Diğer)

...../...../..... Tarihinden itibaren çalışmakta olduğum .....'den ..... nedeniyle ayrılıyorum. Ayrıldığım tarihe kadar hak etmiş olduğum bütün ücret ve haklarımdan kalanını ayrıldığım esnada aşağıda gösterildiği şekilde aldım. İşyerimden hizmet akdimden ve yasal haklarımdan dolayı herhangi bir ayını, nakdi yada sosyal hak alacağım kalmamıştır.

Bu nedenle işyerimden maddi ve manevi herhangi bir talepte bulunmayacağım. İşverenimi ayrıldığım tarihten hizmet akdimin başlangıcına kadar tüm haklarımı aldığımı beyanla ibra ederim ...../...../.....

Ayrılış tarihinde işçinin hesabının kesilmesiyle hak etmiş olduğundan verilen ücret ve diğer ödemeler :

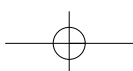
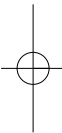
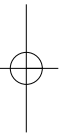
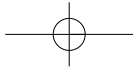
ÖDEMENİN NEVİ	BRÜT TUTARI	YASAL VE ÖZEL KESİNTİLER	NET ÖDENEN
1-Hak Edilmiş Aylık Ücretler	.....	.....	.....
2-FazlaMesai Ücretleri	.....	.....	.....
3-Kullanılmayan İzin Ücretleri	.....	.....	.....
4-Sosyal Haklar	.....	.....	.....
5-İhbar Tazminatı	.....	.....	.....
6-Kıdem Tazminatı	.....	.....	.....
<b><u>TOPLAM ÖDEME</u></b>	.....	.....	.....

İBRA EDEN

Adı Soyadı - İmzası

Adres ve Telefon No





# TOPLU İŞÇİ ÇIKARILMASI İLE İLGİLİ OLARAK BİR AY ÖNCE DEN BÖLGE ÇALIŞMA MÜDÜRLÜĞÜ'NE VERİLECEK YAZI ÖRNEĞİ

...../...../ .....

**T.C.**  
**ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI**  
**BÖLGE ÇALIŞMA MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

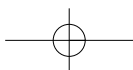
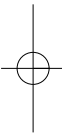
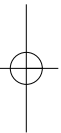
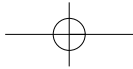
Bölge Çalışma Müdürlüğünüzde ..... işveren unvanı ile ..... Adresinde kurulu ..... sicil sayılı dosyada işlem gören ve ..... adet işçinin çalıştığı işyerimizde, ..... (ekonomik kriz, iş daralması vb.) nedenlerinden dolayı aşağıda adı-soyadı, nitelikleri ve adresleri belirtilen ..... adet işçinin hizmet akitleri bir ay sonra 4857 sayılı İş Kanununun 17. maddesine göre feshedilecektir. 4857 sayılı İş Kanununun 29. maddesi gereğince işçilere ait bilgiler aşağıda belirtilmiştir.

Bilgilerinize arz ederiz.

İşverenin Kaşe ve İmzası

.....

İşçinin Adı-Soyadı	Niteliği	Adres
1- .....		
2- .....		
3- .....		
4- .....		
5- .....		
6- .....		
7- .....		
8- .....		
9- .....		



# TOPLU İŞÇİ ÇIKARILMASI İLE İLGİLİ OLARAK BİR AY ÖNCEDEN TÜRKİYE İŞ KURUMU ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ'NE VERİLECEK YAZI ÖRNEĞİ

.... / .... / .....

**T.C.**  
**ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI**  
**TÜRKİYE İŞ KURUMU**  
**ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

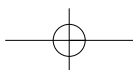
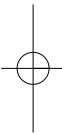
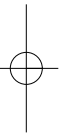
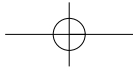
..... Bölge Çalışma Müdürlüğünde ..... işveren unvanı ile....., adresinde kurulu ..... sicil sayılı dosyada işlem gören ve..... adet işçinin çalıştığı işyerimizde ..... (ekonomik kriz, iş daralması vb.) nedenlerinden dolayı aşağıda adı-soyadı, nitelikleri ve adresleri belirtilen adet işçinin hizmet akitleri bir ay sonra 4857 sayılı İş Kanununun 17. maddesine göre feshedilecektir.4857 sayılı İş Kanununun 29. maddesi gereğince işçilere ait bilgiler aşağıda belirtilmiştir.

Bilgilerinize arz ederiz.

İşverenin Kaşe ve İmzası

.....

<b>İşçinin Adı-Soyadı</b>	<b>Niteliği</b>	<b>Adres</b>
1- .....		
2- .....		
3- .....		
4- .....		
5- .....		
6- .....		
7- .....		
8- .....		
9- .....		



## İŞE GELMEYEN İŞÇİNİN EN SON ADRESİNE GÖNDERİLECEK NOTER TEBLİGATI

### İHTARNAME

Sayın :  
Baba Adı :  
Doğum Tarihi ve Yeri :  
SGK Sigorta Sicil Numarası :  
Adresi :  
İŞVEREN :  
Adı Soyadı-Unvanı :  
SGK İşyeri Sicil Numarası :

Yukarıda Adı Soyadı / Unvanı adresi yazılı işyerimizde çalışmakta iken ...../...../.....  
ve ...../...../..... tarihlerinde / tarihinden itibaren amirlerinizin izni ve bilgisi  
dışında mazeret belirtmeden işinize gelmediğiniz tespit edilmiştir.

Hakkınızda yapılacak İş Yasası hükümlerine uygun işlemlere esas olmak üzere;

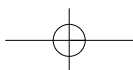
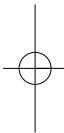
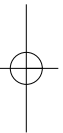
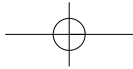
İşe devamsızlığınızı izah edecek haklı ve yasal bir sebebiniz var ise bunu belgeleyen  
resmi evrakınızı 3 gün içinde işyerimize ibraz ediniz. Aksi takdirde, kabul edilebilir bir  
mazeretle işe gelmediğinizin anlaşılması halinde İş Akdinizin 4857 sayılı İş Kanununun 25.  
maddesine göre bildirimsiz ve tazminatsız olarak fesih edileceği konusunda bilginizi ri-  
ca ederim.

İşveren / Vekili

İmza-Kaşe

Tarih

\* Bu ihtarnamenin bir nüshası muhataba tebliğ edilecek, bir nüshası noterde kalacak,  
bir nüshası noter şerhi düşülerek tarafımıza iade edilecektir.



## DAHA EVVEL İŞTEN ÇIKARILAN İŞÇİNİN TEKRAR İŞE ALINMA DAVETİ

### İŞE DAVET BİLDİRİMİDİR

Sayın :.....  
SGK Sigorta Sicil Numarası :.....  
Adresi :.....  
İŞVEREN ;  
Adı Soyadı-Unvanı :.....  
SGK İşyeri Sicil Numarası :.....

Yukarıda Adı Soyadı/Unvanı adresi yazılı işyerimizde çalışmakta iken .... / ..... / ..... tarihinde İş Kanununu 17. maddesine göre işten çıkartılmıştınız. Bu tarihten itibaren altı aylık süre içinde aynı nitelikte personele ihtiyaç duymakta olduğumuzdan; 4857 Sayılı İş Kanununun 29. maddesi gereğince bu tebligatı aldığınız tarihten itibaren 15 gün içerisinde işyerimize müracaat ettiğiniz takdirde tekrar işe alınacaksınız.

Bu süre içerisinde müracaat etmez ve işe başlamaz iseniz yada işe başlamayacağınızı bildirirseniz, yerinize başka işçi alınacaktır.

Bilgilerinize arz ve rica ederiz.

İşveren /vekili  
İmza-Kaşe  
Tarih