



T.C.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU
.....İl Müdürlüğü / Sosyal Güvenlik Merkezi

EK-19

MESLEK HASTALIĞI YAPICI İŞYERLERİNDE ÇALIŞMA SÜRELERİNİ GÖSTERİR FORM

T.C. KİMLİK NUMARASI

ADI SOYADI

DOĞUM YERİ / TARİHİ

SİCİL (SSK-Bağ/Kur-E.S.)



MESLEK HASTALIĞI (PNÖMOKONYOZ) YAPICI İŞYERLERİNE İLİŞKİN BİLGİLER



MESLEK HASTALIĞI (DİĞER HASTALIKLAR) YAPICI İŞYERLERİNE İLİŞKİN BİLGİLER

SİGORTALININ ÇALIŞTIĞI MESLEK HASTALIĞI YAPICI İŞYERLERİNE İLİŞKİN

Sıra No	İşyeri/Ticaret Unvan	İşe Giriş	İşten Ayrılış	Yaptığı İş/Kullandığı Alet	Çalışılan toplam gün/ay/yıl
1					
2					
3					
4					
5					
6					
				Toplam Gün :	

- Formun sosyal güvenlik denetmeni tarafından düzenlenmesi halinde imza alanı, Denetmen/Denetmen Yrd. Olarak değiştirilecek ve düzenlenen form, üst yazı ekinde Kısa Vadeli Sigorta Servislerine gönderilecektir.
- Diğer hastalıklar için sigortalının çalıştığı sektör ve yaptığı iş ile işin anlatımı zaman dilimi de belirtilecek şekilde (saat, gün, ay ve yıl) ayrı ayrı ifade edilecektir.

Merkez Müdürü/Merkez Müdür Yrd.
İmza/Tarih