

B.İŞVEREN BEYANI

(İstihdam edilen, Yüklenici veya Devlet Memuru Sigortalı taleplerine dair işveren tarafından doldurulmalıdır)

Çalışanın,

Adı Soyadı:-----

Sıfatı/Görevi:-----

Çalışma Durumu(Tam zamanlı, Yarı zamanlı, Geçici,
Sezonluk, Hisse sahibi, Ortak):

İşe başlama tarihi:-----

En son işe geldiği tarih:-----

İşe dönüş tarihi:-----

Sağlık sorunu/Kaza nedeni ile işten uzak kalması beklenen
süre:

Hastalığın niteliği:-----

Önceden bu hastalığı var mıydı?

☐ Evet☐ Hayır

Evet ise detay belirtiniz:-----

Bu kişi hala sizin için mi çalışıyor?

☐ Evet☐ Hayır

Hayır ise işten çıkış tarihi:-----

İşverenin,

Adı Soyadı:-----

Sıfatı/Görevi:-----

İşverenin Ünvanı:-----

İşverenin Açık Adresi:-----

Telefon No (Alan kodu ile birlikte):-----

Faks No (Alan kodu ile birlikte):-----

İşverenin e-posta adresi:-----@-----

Tarih:-----

Şirket Kaşesi ve İmza:
