



K.K.T.C
ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI
SOSYAL SİGORTALAR DAİRESİ
MÜDÜRLÜĞÜ

KISMİ ZAMANLI ÇALIŞMA BAŞVURUSU

Sigortalının Adı-Soyadı:.....

Kimlik Numarası:.....

Sigorta Numarası:.....

Ay bazında Çalışılacak gün sayısı:.....

İşyeri Sicil Numarası:.....

İşveren veya Yetkilisinin;

Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

İşyeri Mühürü (var ise)

Yukarıda İşveren tarafından beyan edilen kısmi zamanlı çalışma süresine itirazım yoktur.

Sigortalının;

Adı- Soyadı:.....

İmzası:.....