

Tarih: .../.../.....

Sosyal Sigortalar Dairesi
Lefkoşa Bölge Amirliği
Lefkoşa

Konu: ŞİKAYET DİLEKÇESİ

1) Sigortalı / Çalışana Ait Bilgiler:

Adı-Soyadı :

TC/KKTC kimlik no :

TC Pasaport no :

Sigorta no: :

İşyerindeki işi :

İkamet adresi :

Tel :

Sigortalının işe başlama tarihi :

İşten ayrılmış ise işten ayrılma tarihi :

İşten ayrılma nedeni :

2) Çalıştığı İşyerine Ait Bilgiler:

İşyeri veya İşverenin adı :

İşyeri Sicil no :

İşyeri Tel :

İşyeri Adresi :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Adı Soyadı:.....

İmza :