# Yurt Dışı Geçici Görev Talep Dilekçesi EK - 1

**T.C.**

**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI**

**……………………… Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü**

**……………………………… Sosyal Güvenlik Merkezi**

Şirketimiz sigorta sicil numaralı çalışanlarından …/…/……

doğumlu ’da şirketimiz adına

… /… /…… - … /… / …… tarihleri arası görevlendirilmiş / tarihleri arası uzayan görevi nedeniyle görevlendirilmiş olup görev bitim tarihine kadar gerekli olan ………………………

formülerinin verilmesini,

Ayrıca, görev bitim tarihine kadar olan primlerinin firmamız tarafından yatırılacağını, görev bitim tarihinden önce personelimizin işten ayrılması halinde Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğünüze/ Sosyal Güvenlik Merkezinize bildirileceğini, konuyla ilgili firmamızın sorumluluğunda olan görevlerimizi yerine getireceğimizi taahhüt ederiz.

Yurt dışı işçi hizmetleri servisine yapmış olduğumuz tüm evrak işlerinde şirketimiz çalışanlarından yetkilidir.

Gereğinin yapılmasını müsaadelerinize arz ederiz.

# Firma Yetkilisinin Adı Soyadı Kaşe – İmza

**Ekler:**

Ek-1: Görev yazısı

Ek-2: Yurt dışındaki işyeri ile Türkiye’deki işveren arasındaki ilişkiyi kanıtlayan belge Ek-3: Gideceği ülkedeki işyeri bilgileri

Ek-4: Uzayan görev süresi için uzatmaya ilişkin gerekçe

# EK-2 ANNEX-2

**GEÇİCİ GÖREVLE TÜRKİYE’DEN NORVEÇ’E GÖNDERİLENLERİN TÜRK MEVZUATINA TABİ KALMAYA DEVAM ETTİĞİNİ GÖSTERİR BELGE**

**DOCUMENT INDICATING THAT EMPLOYEES POSTED FROM TURKEY TO NORWAY CONTINUE TO BE SUBJECT TO TURKISH LEGISLATION**

Sayı / Number : ..…/…../20…

Konu / Subject:

İLGİLİ MAKAMA / TO AUTHORITY CONCERNED

Türkiye-Norveç Sosyal Güvenlik Sözleşmesinin 4 üncü maddesinin (a) bendi ile İdari Anlaşmanın 3 üncü maddesine istinaden Norveç’te geçici olarak görevlendirilen ve aşağıda bilgileri belirtilen Kurumumuz sigortalısı hakkında .…/…./20…. - .…./…./20…. tarihleri arasında Türk mevzuatı uygulanacaktır.

Under the sub-paragraph (a) of Article 4 of the Agreement on Social Security between Turkey and Norway and Article 3 of the Administrative Arrangement, our member

………………. who are posted temporarily in Norway and whose information is given below shall subject to Turkish legislation between …../…../20… /…./20… .

Bilgi edinilmesini saygılarımla rica ederim/Respectfully submitted,

Mühür / Stamp İmza / Signature

|  |
| --- |
| **Sigortalının/Insured person’s** |
| **Adı Soyadı/ Name&Surname** |  |
| **T.C. Kimlik Numarası/Turkish Identity Number** |  |
| **Doğum Tarihi/Date of Birth** |  |
| **Türkiye’deki İşveren Adı ve Adresi/Name and Address of The Employer in Turkey** |  |
| **Norveç’te Geçici Görev****Yeri/Posting Place in Norway** |  |

# EK-3 ANNEX-3

**MERKEZİ TÜRKİYE’DE BULUNAN ULUSLARARASI TAŞIMACILIK İŞLETMELERİNDE ÇALIŞANLAR**

**EMPLOYEES OF INTERNATIONAL TRANSPORTATION AGENCY WHOSE HEAD OFFICE IS IN TURKEY**

Sayı / Number : ..…/…../20…

Konu / Subject:

İLGİLİ MAKAMA / TO AUTHORITY CONCERNED

Türkiye-Norveç Sosyal Güvenlik Sözleşmesinin 4 üncü maddesinin (b) ve (c) bendine istinaden bilgileri aşağıda belirtilen sigortalı hakkında Norveç’te bulunduğu

.…/…./20… /…./20… tarihleri arasında Türk mevzuatı uygulanacaktır.

Under the sub-paragraph (b) and (c) of Article 4 of the Agreement on Social Security between Turkey and Norway, the insured person whose information is given below shall subject to Turkish legislation during his/her staying in Norway between ..../…./20… - …../… /20…

Bilgi edinilmesini saygılarımla rica ederim/Respectfully submitted,

Mühür / Stamp İmza / Signature

|  |
| --- |
| **Sigortalının/Insured person’s** |
| **Adı Soyadı/ Name&Surname** |  |
| **T.C. Kimlik Numarası/Turkish Identity Number** |  |
| **Doğum Tarihi/Date of Birth** |  |
| **Türkiye’deki İşveren Adı ve****Adresi/Name and Address of the Employer in Turkey** |  |



# TÜRK BAYRAĞI TAŞIYAN GEMİDE ÇALIŞANLAR SHIPMEN OF VESSEL BEARING TURKISH FLAG

**EK-4 ANNEX-4**

Sayı / Number : ..…/…../20…

Konu / Subject:

İLGİLİ MAKAMA / TO AUTHORITY CONCERNED

Türkiye-Norveç Sosyal Güvenlik Sözleşmesinin 4 üncü maddesinin (d) bendine istinaden bilgileri aşağıda belirtilen sigortalı hakkında Norveç’te bulunduğu .…/…./20…. -

.…./…./20…. tarihleri arasında Türk mevzuatı uygulanacaktır.

Under the sub-paragraph (d) of Article 4 of the Agreement on Social Security between Turkey and Norway, the insured person whose information is given below shall subject to Turkish legislation during his/her staying in Norway between …../…../20… /…./20… .

Bilgi edinilmesini saygılarımla rica ederim/Respectfully submitted,

Mühür / Stamp İmza / Signature

|  |
| --- |
| **Sigortalının/Insured person’s** |
| **Adı Soyadı/ Name&Surname** |  |
| **T.C. Kimlik Numarası/Turkish Identity Number** |  |
| **Doğum Tarihi/Date of Birth** |  |
| **Türkiye’deki İşveren Adı ve Adresi/Name and Address of the Employer in Turkey** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **T.C.****SOSYAL GÜVENLİK KURUMU****………………….. Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü ( Sosyal Güvenlik Merkezi)** | **EK - 5** |
| **SOSYAL GÜVENLİK SÖZLEŞMELERİNE GÖRE AKİT ÜLKELERDEN GELİR/AYLIK TALEP DİLEKÇESİ** |
|  | **SİGORTALI** | **HAK SAHİBİ** |
| 1- T.C. KİMLİK NUMARASI |  |  |
| 2- ADI VE SOYADI |  |  |
| 3- AYLIK TALEP TÜRÜ | GELİR |
| YAŞLILIK AYLIĞI |
| MALULLÜK AYLIĞI |
| ÖLÜM AYLIĞI |
| 4- AYLIK TALEBİNDE BULUNULAN ÜLKE |  |
| 5- AYLIK TALEBİNDE BULUNULAN ÜLKEDE GEÇEN HİZMET SÜRESİ | ---/---/-----‘den ---/---/ ‘e kadar |
| 6- AYLIK TALEBİNDE BULUNULAN ÜLKE SİGORTA NUMARASI |  |
| 7- YURT DIŞINDA ÇALIŞILAN DİĞER ÜLKELER |  |
| 8- YURT DIŞINDAN GELİR/AYLIK ALIYOR MUSUNUZ? EVET İSE HANGİ ÜLKE | EVET | ÜLKE ADI |  |
| HAYIR |
| 9- SİGORTALI/HAK SAHİBİ TÜRKİYE’DE AYLIK ALIYORSA ÇEŞİDİ | KENDİNDEN | EŞİNDEN |
| ANA-BABADAN | ÇOCUKTAN |
| 10- HİZMET DURUMU |
| S.S.K.4 / 1 - ( a ) | HİZMET SÜRELERİ VE GEÇTİĞİ İLLER |  |
| İSTEĞE BAĞLI |  |
| TOPLULUK |  |
| BORÇLANMA |  |
| BAĞ-KUR 4 / 1 - ( b ) | HİZMET SÜRELERİ VE GEÇTİĞİ İLLER |  |
| İSTEĞE BAĞLI |  |
| TOPLULUK |  |
| BORÇLANMA |  |
| EMEKLİ SANDIĞI 4 / 1 - (c) | HİZMET SÜRESİ |  |
| TAHSİS NUMARASI |  |
| DİĞER SANDIKLAR | SANDIK / VAKIF ADI |  |
| SİCİL NUMARASI |  |
| HİZMET SÜRESİ |  |
| Yukarıdaki beyanımı doğrular, beyanımda herhangi bir değişiklik olması halinde durumu derhal yazılı olarak Kuruma bildireceğimi, buna göre beyanım esas alınarak akit ülkeden gelir/aylık talebimle ilgili gerekli işlemlerin yapılmasını arz ederim. |
|  | Sigortalı veyaHak Sahibinin | Adresi |  | Adı Soyadı : İmzası :Tarih : |
| Telefon numarası |  |
| E-posta adresi |  |
|  | Ek: | 1-2- |
|  | **NOT: Bu dilekçe sosyal güvenlik sözleşmelerinin uygulanmasında akit ülke sigorta kurumundan gelir/aylık talebinde bulunanlar tarafından doldurulacaktır. Kurumumuzdan aylık talebinde bulunacakların, ayrıca Gelir/Aylık /Ödenek Talep Belgesi ile başvuruda bulunması gerekmektedir.** |