***TC***

***SOSYAL SİGORTALAR KURUMU BAŞKANLIĞI***

***Sigorta İşleri Genel Müdürlüğü ...........İl Müdürlüğü***

***TARİH: ...../..../.....***

Halen .............Sigorta Sicil Numarası ile .........................iş yerinde çalışmaktayım. ...../..../..... tarihinde ayrıldım.

Çalışamayacak durumda bulunduğumdan Kurumunuz Sağlık tesislerinden birine sevkimin yapılarak, Maluliyetimin tespitini ve malul sayılmam halinde tarafıma Maluliyet yönünden aylık bağlanmasını arz ederim.

**Ad Soyad**

**İmza**

**Adres:**

**Kimlik Bilgileri**

Adı Soyadı :

Baba Adı :

Ana Adı :

Doğum Yeri :

Doğum Tarihi :

Tc Kimlik No :

İl-İlçe :

Mah.Veya Köy..........Kütük No:..........Cilt No:.... Sayfa No......

İlk Sigortalı İşe Giriş Tarihi:........