

..... İL/İLÇE
..... SOSYAL GÜVENLİK İL/İLÇE MÜDÜRLÜĞÜNE

Konu: Yıpranma payı (fiilî hizmet süresi zammı) uygulaması / güncelleme talebi

Kurumunuz kayıtlarında sigortalı olarak yer alan hizmetlerim içinde, fiilî hizmet süresi zammına (yıpranma payı) tabi iş/işyeri kapsamında çalıştığım dönemler bulunmaktadır.

[.../.../20....] - [.../.../20....] tarihleri arasında [işyeri ünvanı] bünyesinde, [görev/ünvan] olarak yıpranma payına tabi [iş kolu/ünite/birim] kapsamında fiilen çalıştım. Ancak hizmet dökümümde/tescil kayıtlarımda bu dönemlere ilişkin fiilî hizmet süresi zammının eksik/yanlış işlendiğini tespit etmiş bulunmaktayım.

Bu nedenle; ilgili dönemlere ilişkin fiilî hizmet süresi zammı kapsamında değerlendirme yapılarak yıpranma payı güncellemesinin yapılmasını, eksik/yanlış bildirimim düzeltilmesini ve sonucundan tarafıma yazılı olarak bilgi verilmesini arz ederim.

Gereğini arz ederim.

....., / / 20....

[Başvuran/Sigortalı]

Adı Soyadı : _____

T.C. Kimlik No : _____

SGK Sicil No : _____

İşyeri Ünvanı : _____

İşyeri Sicil No (varsa) : _____

Adres : _____

Telefon : _____

E-posta : _____

İmza

Ekler:

- 1) Hizmet dökümü / SGK tescil ve hizmet kayıt çıktısı
- 2) Çalışma/görev yazısı veya işyeri yazısı (varsa)
- 3) Ücret bordrosu/puantaj/çalışma çizelgesi örnekleri (varsa)
- 4) (Varsa) İşyeri tehlike sınıfı / birim-ünite gösterir belge
- 5) Kimlik fotokopisi