BİNGÖL VALİLİĞİNE

(Hukuk İşleri Şube Müdürlüğü)

…………………. tarihinde Bingöl İli ………… İlçesi ……………… ………………… adresinde ……………………………….. sonucu yaralandım.

5233 sayılı Kanunun Ek 1. maddesi kapsamında tarafıma aylık bağlanması için gereğinin yapılmasını arz ederim. ……../……../2019

 Adı Soyadı

 (T.C. Kimlik No:)

Adres :

……………………………....

……………………………….

……………………………….

………………………………...

………………………………….

………………………………….

Telefon : ……………………

 ……………………