**Zarar Görene Ait Form**

**ŞIRNAK VALİLİĞİ**

|  |
| --- |
| **17/07/2004 tarihli ve 5233 sayılı Terör ve Terörle Mücadelen Doğan Zararların Karşılanması Hakkında Kanuna 12/07/2012 tarihli ve 28351 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 04/07/2012 tarih ve 6353 sayılı Kanun ile eklenen EK 1 nci madde uyarınca aylık bağlanacaklar için düzenlenecek olan form** |
| **ZARAR GÖREN** |
| **T.C Kimlik Numarası** |  |
| **Adı Soyadı** |  |
| **Baba Adı** |  |
| **Ana Adı** |  |
| **Doğum Tarihi** |  |
| **İli/İlçesi** |  |  |
| **İkametgah Adresi** |  |
| **Olay Tarihi** |  |
| **Zarar Tazminatının Ödenip Ödenmediği** |  |
| **Olayın Meydana Geldiği Yer** |  |
| **Zarar Tespit Komisyonu Karar Tarihi ve Sayısı** |  |  |
| **Engelililik / Ölüm** |  |
| **5233 Sayılı Kanun Kapsamında Aylık Bağlama Talep Dilekçesinin/Dilekçelerinin** **Valilik Kayıtlarına Giriş Tarihi Ve Sayısı** |  |
|  |
|  |
| **OLAY ÖZETİ** |
| Şırnak İli ………………İlçesi ………………. Köyü/Mahallesi …………… mevkisindeki ………………………………………………………….. sonucu öldürülmüştür.

|  |  |
| --- | --- |
| DÜZENLEYEN……/…../20…..………………………………..Şef | VALİLİK ONAYI…./…../20……Vali a.Hukuk İşleri Şube Müdürü |

 |