BİNGÖL VALİLİĞİNE

(Hukuk İşleri Şube Müdürlüğü)

Çocuğum …………………. tarihinde Bingöl İli ………… İlçesi ……………… ………………… adresinde ……………………………….. sonucu vefat etmiştir.

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

 Adı Soyadı

 (T.C. Kimlik No:)

Adres :

……………………………....

……………………………….

……………………………….

………………………………...

………………………………….

………………………………….

Telefon : ……………………

 ……………………