

..... İL/İLÇE
..... SULH HUKUK MAHKEMESİ
SAYIN HÂKİMLİĞİNE

Konu: Engelli Yakını İçin Vasi Atanması Talebi

Talepte Bulunan (Yakın) :

Adı Soyadı : _____

T.C. Kimlik No : _____

Adres : _____

Telefon/E-posta : _____

Kısıtlanması İstenen (Engelli) :

Adı Soyadı : _____

T.C. Kimlik No : _____

Doğum Tarihi : ____ / ____ / ____

Adres : _____

Yakınlık Derecesi : Anne/Baba/Çocuk/Kardeş (uygun olan)

Açıklamalar:

- 1) Kısıtlının/..../20.... tarih ve sayılı Sağlık Kurulu Raporuna göre engellilik oranı ____ günlük yaşam faaliyetlerini tek başına sürdürememektedir.
- 2) Banka, sağlık, resmi kurum işlemleri ile bakım ve tedavi süreçlerinin yürütülebilmesi için
- 3) 4721 sayılı Türk Medenî Kanunu'nun 405 ve devamı maddeleri uyarınca kısıtlanması ve
- 4) Gecikmesinde sakınca bulunan işlemler nedeniyle yargılama süresince geçici vasi atanması

Hukuki Nedenler : TMK m. 405, 406, 413 ve ilgili mevzuat.

Deliller : Sağlık Kurulu Raporu, nüfus kayıt örneği, ikametgâh, banka/kurum yazıları, ta

Sonuç ve İstem:

Açıklanan nedenlerle; kısıtlının TMK m.405 uyarınca kısıtlanmasına, tarafımın (uygun görülürse) vasi olarak atanmasına; ihtiyaç hâlinde yargılama süresince geçici vasi atanmasına; karar (Nüfus, SGK, bankalar vb.) gönderilmesine karar verilmesini saygıyla arz ve talep ederim.

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

Talepte Bulunan

Adı Soyadı : _____

İmza

Ekler:

- 1) Sağlık Kurulu Raporu (aslı gibidir/onaylı örnek)
- 2) Nüfus kayıt örneği (vukuatlı)
- 3) İkametgâh belgesi
- 4) Gelir/masraf belgeleri (varsa)
- 5) Diğer belgeler