

SUÇ MAĞDURU OLAN SAĞLIK PERSONELİNİN

HUKUKİ YARDIM TALEP FORMU

Başvuruyu yapanın Adı Soyadı	
TC Kimlik Numarası	
Adresi	
İrtibat numarası Ev-iş-GSM	
Mağdura Yakınlığı	
Mağdurun Adı Soyadı	
TC Kimlik Numarası	
Adresi	
İrtibat numarası Ev-İş-GSM	

**Başvuruyu yapan kişinin aynı zamanda mağdur olması durumunda mağdura ilişkin kısımların doldurulması yeterlidir.*

Mağdurun Çalıştığı Kurum	
Mağdurun görevi	
Olay Tarihi	
Olay Yeri	
Olayın Özeti	

Olayın Özeti		
Şikâyet Edilmek İstenilen Kişi/Kişilerin	1- Adı, Soyadı : TC Kimlik No: Adresi :	
	İrtibat No :	
	2- Adı, Soyadı : TC Kimlik No: Adresi :	
	İrtibat No :	
Var ise tanıkların Ad, Soyadı İrtibat Numaraları	3- Adı, Soyadı : TC Kimlik No: Adresi :	
	İrtibat No :	
	4- Adı, Soyadı : TC Kimlik No: Adresi :	
	İrtibat No :	
Konu Hakkında Adli Makamlar Nezdinde	İfade Verdim <input type="checkbox"/>	İfade Vermedim <input type="checkbox"/>
Avukat Yardımı	İstiyorum <input type="checkbox"/>	İstemiyorum <input type="checkbox"/>

İmza/Tarih