

REQUETE/ LOGEMENT DU MAJEUR/RESILIATION DU BAIL/ VENTE DU MOBILIER.

(stf)

N° DOSSIER :

TRIBUNAL d'Instance

Nom du Majeur :

de :

Nom du Tuteur, Curateur :

Service des Tutelles Majeurs

Adresse :

CS :

.....

35

Date :

Madame, Monsieur,

Par jugement en date du Mme, Mr a été placé(e) sous Tutelle/curatelle.

Mme, Mr est actuellement et depuis le :

- soigné(e) à l'hôpital de :
- hébergé(e) à :

QUE dans un certificat en date du :, le docteur atteste que l'état de santé de son patient ne permet pas d'envisager un retour au domicile*.

Auparavant Mme, Mr occupait un logement sis à :
..... ,
en vertu d'un bail en date du : venant à expiration le :

Il est de l'intérêt de Mr, Mme :, **compte tenu de la faiblesse de ses revenus,**

- **de disposer des droits relatifs à son logement.**

Ce logement est garni de **meubles courants**.

- Il est nécessaire que ce mobilier soit aliéné, (compte tenu de la résiliation de bail envisagée) ou compte tenu de ses faibles ressources.
- Mme : a/n'a pas exprimé de souhait particulier quant à la destination de ses meubles.
- la mise en dépôt est envisageable/pas envisageable compte tenu de ses moyens financiers...
- le mobilier a été estimé par Maître : àeuros.
- le mobilier n'a pas été estimé compte tenu de sa faible valeur. (Cf. inventaire descriptif)

***A JOINDRE : le CERTIFICAT MEDICAL d'un médecin extérieur à l'établissement si accueil en établissement
Inventaire descriptif ou chiffré des meubles meublants.**

REQUETE/ LOGEMENT DU MAJEUR/RESILIATION DU BAIL/ VENTE DU MOBILIER.

(stf)

Par conséquent, je sollicite l'autorisation de :

→ **Résilier le bail consenti à** : dans le respect du formalisme requis en fonction du régime de protection conformément aux dispositions de l'article 426 al.3 du c. civil. (1).

→ **d'aliéner le mobilier garnissant le logement - vente pour le prix de** : euros.

→ **et/ou de prendre toute autre décision conforme aux intérêts du Majeur protégé (détaillez...dépôt, partage.....).**

Conformément à l'article 426 al 3 du code civil, les souvenirs et objets à caractère personnel appartenant à Mme :.....seront gardés à sa disposition.

Fait à, le :

Signature,

***A JOINDRE : le CERTIFICAT MEDICAL d'un médecin extérieur à l'établissement si accueil en établissement
Inventaire descriptif ou chiffré des meubles meublants.**