

ITS · Große Allee 5-9 · 34454 Bad Arolsen · Deutschland

Tel. +49 5691 629-0 · Fax +49 5691 629-501  
email@its-arolsen.org · www.its-arolsen.org

Référence de l'ITS, T/D –

## Déclaration de transfert de propriété d'effets personnels

L'International Tracing Service (ITS) procède au transfert de propriété du/des bien(s) conservé(s) jusqu'à ce jour à titre fiduciaire dans ses archives, ayant appartenu à :

**Nom, prénom :** \_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_\_\_\_

**Description des biens :** \_\_\_\_\_

en faveur du membre de la famille suivant, localisé par l'ITS :

**Nom, prénom :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Email :** \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

**Lien de parenté :** \_\_\_\_\_

**Merci de joindre la photocopie d'une pièce d'identité valable (par ex. carte d'identité ou passeport)**

**Veillez svp indiquer le mode de restitution souhaité :**

- Envoi de l'objet/des effets personnels par voie postale  
 Remise de l'objet/des effets personnels en mains propres à l'ITS

### Archives en ligne / Relations publiques

J'accepte que les photos de l'objet/des effets personnels qui m'ont été remis restent visibles sur le site Internet de l'ITS, avec l'indication « restitué(s) ».

Afin d'attirer l'attention d'un maximum de personnes sur l'ITS et ses fonds documentaires précieux, nous relatons les destins individuels particuliers et les restitutions d'effets personnels (publication sur notre site Internet, Facebook, Twitter, exposition).

Oui, j'accepte.

Le/la soussigné(e) certifie avoir communiqué à l'ITS toutes les informations dont il/elle dispose quant à d'autres membres de la famille et que ceux-ci ont, dans la mesure du possible, été informés de la restitution.

Par la présente, le/la soussigné(e) dégage en outre l'ITS de toute responsabilité pouvant découler du transfert de propriété du/des bien(s) mentionné(s) plus haut. Le/la bénéficiaire ne peut faire valoir d'autres droits envers l'ITS.

Le/la bénéficiaire s'engage par ailleurs à restituer les objets reçus, si une autre personne devait justifier et prouver qu'elle est légitimement habilitée à les recevoir.

Le/la bénéficiaire certifie l'exactitude des informations fournies ci-dessus.

**Lieu, date**

**Lieu, date**

**Signature du bénéficiaire**

**Signature du collaborateur de l'ITS**

---