

**KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU KAPSAMINDA
BİLGİ TALEP FORMU**

1. Veri Sahibinin Bilgileri

T.C. Kimlik Numarası :

Adı Soyadı :

Doğum Tarihi :

2. Veri Sahibinin İletişim Bilgileri

Telefon Numarası :

E-posta Adresi :

Adres :

3. Başvuruyu Veri Sahibi Adına Yapan Yetkili Kişi (Başvuru yapan kişi, veri sahibinden farklı kişi ise doldurulacaktır.)

T.C. Kimlik No :

Adı Soyadı :

Doğum Tarihi :

Yakınlık Derecesi :

(Yasal temsilci/vekil iseniz ilgili kararı-vekaletnameyi ek olarak iletiniz.)

Telefon Numarası:

E-posta Adresi :

Adres :

4. Kurum ile İlişki Bilgisi

Başvuru Yapılan Hastane Adı :

Lütfen aşağıdaki seçeneklerden size uygun olanı işaretleyiniz.

Hasta/ Hasta Yakını Çalışan Eski Çalışan/Stajyer/Çalışan Adayı

Üçüncü Taraf/Tedarikçi/Firma Çalışanı Diğer(.....)

Eski Çalışan/Stajyer/Çalışan Adayı tarafından doldurulacaktır.

Eski Çalışan/Stajyer Çalışma Dönemi (ay/yıl) :

İş Başvurusu / Özgeçmiş Paylaşımı yaptım. Başvuru Tarihi (ay/yıl) :

Diğer :

5. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz.

6. Lütfen talebinize vereceğimiz yanıtın tarafınıza gönderim yöntemini seçiniz.

- Adresime gönderilmesini istiyorum.
 E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.
 Bizzat başvurarak elden teslim almak istiyorum.
 Diğer(.....)

7. Açıklama

Bu formu doldurarak, imzalı bir örneğini hizmet aldığınız kurumumuza, bizzat veya yasal temsilciniz/vekiliniz aracılığıyla teslim edebilir, noter kanalıyla, daha önceden kurumumuzda kayıtlı olmak şartı ile e-postanız ile, e-imza veya mobil imza kullanarak iletebilirsiniz. Kurumumuzca kişisel verilerinizin güvenliğinin sağlanması amacıyla, kimlik ve yetki tespiti için, ek doğrulamalar istenebilir.

8. Talep Sahibi tarafından doldurulacaktır.

Talep Tarihi : /...../.....

Ad/Soyad :

İmza :

9. Kurum tarafından doldurulacaktır.

Teslim Alma Tarihi : / /

Teslim Alan Ad/Soyad :

Teslim Alan Unvanı :

İmza :