

**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 güvenliğini 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 :