|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. BAŞVURU SAHİBİ BİLGİLERİ** | T.C. Kimlik No |  | | |
| Ad Soyad |  | | |
| Doğum Tarihi |  | | |
| Telefon No |  | | |
| Adres |  | | |
| □ Veri sahibiyim (kendi verilerimi talep ediyorum) | | | |
| Veri sahibi yakınıyım (Yakınıma ilişkin verileri talep ediyorum)  □ Yakınlık derecesi\* belirtiniz:  \*Yasal temsilci iseniz ilgili kararı ek olarak iletiniz.  Not: Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla kimlik tespiti için ek evrak talep edilebilir. | | | |
|  | Lütfen aşağıdaki seçeneklerden kurumumuzla olan ilginize uygun olanı işaretleyiniz.  □ Hasta/ Hasta Yakını □ Çalışan/ Eski Çalışan/ Aday □ Tedarikçi Firma Çalışanı | | | |
| **II.** | **Hastalarımız için** | | **Çalışanlarımız için** | **Tedarikçilerimiz için** |
| **KURUMLA**  **İLİŞKİ**  **BİLGİSİ** | En son hizmet alınan birim; Son başvuru tarihi; | | Durum;  □ Mevcut Çalışan □ Eski Çalışan □ Aday  Çalışma dönemi (yıl); Adaylar için başvuru yılı; | Çalıştığınız firma adı; Firmanızdaki pozisyonunuz; |
| **III. TALEBE**  **İLİŞKİN**  **BİLGİ** | Lütfen talep ettiğiniz kişisel veriye ilişkin bir açıklama yapınız ve verinin konumuna dair sahip olduğunuz herhangi bir  bilgi var ise paylaşınız (örneğin kurumumuz hizmet alınan hastaneyi, çalışıyorsanız departmanınızı, iletişimde bulunduğunuz kişileri uygun olduğu ölçüde açıklayınız). | | | |
| Lütfen talebinize vereceğimiz yanıt için gönderim yöntemini seçiniz  □ Adresime gönderim □ E-posta adresime gönderim □ Bizzat başvurarak elden  istiyorum istiyorum teslim almak istiyorum | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Talep Eden Tarafından Doldurulacak** | | **Kurum Tarafından Doldurulacak** | |
| Talep Tarihi :……/…………/…………  Talep Eden Ad Soyad – İmza : |  | Teslim Alma Tarihi :  Teslim Alan Ad Soyad – İmza: | ………../………./……….. |

**KU.FR.18/24.12.2020.00**

**Açıklama:** Kişisel verilerinizle ilgili taleplerinizi bu formu doldurarak, veri sorumlusu sıfatı ile işlendiği ölçüde Kişisel Verileri Koruma Kanunu (KVKK)'nun 11.maddesi gereği **Saygı Hastanesi, Adres: Posta Kutusu 34920 Fatih Bulvarı No:75 Sultanbeyli / İSTANBUL** adresine elden teslim edebilir veya noter kanalıyla gönderebilirsiniz. Ayrıca başvuru formunu 5070 Sayılı Elektronik İmza Kanununda tanımlı olan “güvenli elektronik imza” ile imzalayarak hastanenin kayıtlı elektronik posta adresine gönderebilirsiniz. Bu formda belirttiğiniz bilgi ve belgeler kurumumuz ile ilişkinizi doğru bir şekilde tespit etmek ve size kanuni süre içerisinde eksiksiz yanıt verebilmek için talep edilmektedir.