

**KİŞİSEL VERİLERİ KORUMA KANUNU**  
**(KVKK) KİŞİSEL VERİLER ERİŞİM/ BİLGİ TALEP FORMU**

<b>I. Başvuru Sahibi Bilgileri</b>	T.C. Kimlik No		
	Ad Soyad		
	Doğum Tarihi		
	Telefon No		
	Adres		
	<input type="checkbox"/> Veri sahibiyim (kendi verilerimi talep ediyorum)		
<input type="checkbox"/> Veri sahibi yakınıyım (Yakınıma ilişkin verileri talep ediyorum)			
<input type="checkbox"/> Yakınlık derecesi* belirtiniz:			
* Yasal temsilci iseniz ilgili kararı ek olarak iletiniz.			
<i>Not: Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla kimlik tespiti için ek evrak (Nüfus Cüzdanı vb) talep edilebilir.</i>			
<b>II. Kurumla İlişki Bilgisi</b>	Lütfen aşağıdaki seçeneklerden kurumumuzla olan ilginize uygun olanı işaretleyiniz.		
	<input type="checkbox"/> Hasta/ Hasta Yakını	<input type="checkbox"/> Çalışan/ Eski Çalışan/ Aday	<input type="checkbox"/> Tedarikçi/ Firma Çalışanı
	<b>Hastalarımız için</b> En son hizmet alınan birim; Son başvuru tarihi;	<b>Çalışanlarımız için</b> Durum; <input type="checkbox"/> Mevcut Çalışan <input type="checkbox"/> Eski Çalışan <input type="checkbox"/> Aday Çalışma dönemi (yıl); Adaylar için başvuru yılı;	<b>Tedarikçilerimiz için</b> Çalıştığınız firma adı; Firmanızdaki pozisyonunuz;
<b>III. Talebe İlişkin Bilgi</b>	<i>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).</i>		
	Lütfen talebinize vereceğimiz yanıt için gönderim yöntemini seçiniz		
<input type="checkbox"/> I. Bölümde belirttiğim adresime gönderim istiyorum	<input type="checkbox"/> E-posta adresime gönderim istiyorum Belirtiniz: .....	<input type="checkbox"/> Bizzat başvurarak elden teslim almak istiyorum	

Talep Eden Tarafından Doldurulacak		Kurum Tarafından Doldurulacak	
Talep Tarihi		Teslim Alma Tarihi	
Talep Eden Ad Soyad - İmza		Teslim Alan Ad Soyad - İmza	