

Döküman No: HD.RB.114

Yayın Tarihi: 08.10.2020

Revizyon No: 00

I. Başvuru Sahibi Bilgileri	T.C. Kimlik No		
	Ad Soyad		
	Doğum Tarihi		
	Telefon No		
	Adres		
<input type="checkbox"/>	Veri sahibiyim. (kendi verilerimi talep ediyorum.)		
	Veri sahibi yakınıyım (yakınıma ilişkin verileri talep ediyorum.)		
<input type="checkbox"/>	Yakınlık derecesini* belirtiniz:		
	* Yasal temsilcisi iseniz ilgili kararı ek olarak iletiniz.		
	<i>Not: Kişisel verilerinizin güvenliğini sağlamak amacıyla kimlik tespiti için ek evrak (Nüfus Cüzdanı vb) talep edilebilir.</i>		
II. Kurumla İlişki Bilgisi	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
	Hastalarımız İçin	Çalışanlarımız İçin	Tedarikçilerimiz İçin
	En son hizmet alınan birim:	Durum: <input type="checkbox"/> Mevcut Çalışan <input type="checkbox"/> Eski Çalışan <input type="checkbox"/> Aday	Çalıştığınız firma adı:
	Son başvuru tarihi:	Çalışma dönemi (yıl): Adaylar için başvuru yılı:	Firmanızdaki pozisyonunuz:
II. Talebe İlişkin Bilgi	<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"/> Adresime gönderim istiyorum	<input type="checkbox"/> E-posta adresime gönderim istiyorum.	<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

Açıklama: