

Döküman No:DH.BY.FR.10

İlk Yayın Tarihi: 30.08.2018

Rvz No:0

Rvz. Tarihi:0

Sayfa: 1 / 4

Başvuru Tarihi : / /

- Kendisine ait "Kişisel Verinin Talebi"
- Başkasına ait "Kişisel Verinin Talebi" halinde (19 yaşından gün almamış ise ebeveynleri ya da velayet sahibi, vesayet altında ise vasisi, ilgili kişinin bu yönde açıkça vekalet vermiş olduğu kişiler)

A. Başvuruda bulunan Kişinin iletişim bilgileri:

Adı Soyadı: İmza:.....

Doğum Tarihi:...../...../.....

T.C. Kimlik No:

Telefon Numarası:

E-posta Adresi:

Adres:

B. Talebi yapılan Kişisel Verinin sahibi:

Adı Soyadı:.....

Doğum Tarihi:...../...../.....

T.C. Kimlik No:

Telefon Numarası:.....

E-posta Adresi:

Adres:

C. Lütfen Çorlu Vatan Hastanesi ile olan ilişkinizi belirtiniz. ("Hasta, eski çalışan, üçüncü taraf, Çorlu Vatan Hastanesi'ne hizmet sunan firma çalışanı gibi)Çorlu Vatan Hastanesi 'nde sağlık hizmeti alanlar dolduracaktır Ayakta Tedavi Oldum Yatarak Tedavi Oldum Ameliyat Oldum Diğer:.....

Döküman No:DH.BY.FR.10

İlk Yayın Tarihi: 30.08.2018

Rvz No:0

Rvz. Tarihi:0

Sayfa: 2 / 4

Hizmet Alınan Sağlık Birimleri:

.....
.....

Çorlu Vatan Hastanesi 'nde çalışanlar dolduracaktır. Mevcut Çalışanıyım Eski Çalışanıyım Çalıştığım Yıllar : Diğer:**D. Lütfen Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz:**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

E. Lütfen başvurunuza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:

- Adresime gönderilmesini istiyorum.
- E-posta adresime gönderilmesini istiyorum.
- Elden teslim almak istiyorum. (Vekâleten talep edilmesi durumunda vekâletname veya yetkili kişinin yetkisini gösterir belgenin olması gerekmektedir.)

F. Açıklama

Bu formu doldurarak,

- İmzalı bir örneğini Esentepe Mah. Deva Sok No:11/A Tekirdağ/Çorlu adresine bizzat teslim edebilir, noter kanalıyla gönderebilir,
- cansagliktesisleri@hs02.kep.tr adresine güvenli elektronik ya da mobil imzalı olarak, kayıtlı elektronik posta adresi veya sistemimizde kayıtlı olan elektronik posta adresiniz aracılığıyla iletebilirsiniz.

Doldurmuş olduğunuz bu başvuru formu, Çorlu Vatan Hastanesi ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, Çorlu Vatan Hastanesi tarafından işlenen kişisel verilerinizle ilgili olarak eksiksiz ve isabetli olarak ilgili başvurunuza doğru ve kanuni süresi içerisinde cevap verilebilmesi için düzenlenmiştir. Hukuka aykırı ve haksız bir şekilde veri paylaşımından kaynaklanabilecek hukuki risklerin bertaraf edilmesi ve özellikle kişisel verilerinizin

Döküman No:DH.BY.FR.10

İlk Yayın Tarihi: 30.08.2018

Rvz No:0

Rvz. Tarihi:0

Sayfa: 3 / 4

güvenliğinin sağlanması amacıyla, kimlik ve yetki tespiti için Çorlu Vatan Hastanesi, ek evrak ve malumat (Nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti gibi) taleptenme hakkını saklı tutar.

Form kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması ya da yetkisiz bir başvuru yapılması halinde, söz konusu yanlış bilgi ya da yetkisiz başvuru kaynaklı taleplerden veya belirttiğiniz adreslere cevaplarımızın gönderimi sırasında oluşabilecek aksaklıklardan dolayı Çorlu Vatan Hastanesi sorumluluk kabul etmemektedir.

Hastane tarafından doldurulacaktır.

Tarih: / /

Teslim Alanın Adı Soyadı:

İmza: