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)

1. **Başvuruda bulunan Kişinin iletişim bilgileri:**

Adı Soyadı: .................................................................... İmza:……………………………………………………..….

Doğum Tarihi:……….../ .......... / ............ T.C. Kimlik no:...............................................................

Telefon Numarası: ..........................................................................................................................................................

E-posta Adresi: ...............................................................................................................................................................

Adres: .............................................................................................................................................................................

1. **Talebi yapılan Kişisel Verinin sahibi:**

Adı Soyadı : ....................................................................................................................................................................

Doğum Tarihi:……….../ .......... / ............ T.C. Kimlik No :.................................................................

Telefon Numarası : .........................................................................................................................................................

E-posta Adresi: ............................................................................................................................................................... Adres: .............................................................................................................................................................................

1. **Lütfen muayenehane ile olan ilişkinizi belirtiniz.** (“Hasta, eski çalışan, üçüncü taraf)

.……………………………………..…………………..……...…………….….....................................................................................................................................................................................................................................................**Muayenehanede çalışanlar doldurcaktır:**

☐ Mevcut Çalışanıyım

☐ Eski Çalışanım 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 Mahatma Gandhi caddesi No: 19/7 Gaziosmanpaşa, Çankaya, Ankara adresine bizzat teslim edebilir, noter kanalıyla gönderebilir,
* drkaanaydos@gmail.com 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, Dr. Kaan AYDOS’un muayenehanesi ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa muayenehanede ya da iletişim ortamında 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 güvenliğinin sağlanması amacıyla, kimlik ve yetki tespiti için Dr. Kaan AYDOS, ek evrak ve malumat (Nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti gibi) talep etme 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 Prof.Dr. Kaan AYDOS sorumluluk kabul etmemektedir.

Muayenehane tarafından doldurulacaktır.

Tarih: ............ / ........... / ...............

Teslim Alanın Adı Soyadı: ................................................................. İmza:.............................................................