

BAŞVURU FORMU

1. İlgili Kişi Bilgileri

Adı Soyadı:	
Uyruk:	<input type="checkbox"/> Türkiye <input type="checkbox"/> Diğer Diğer ise lütfen belirtiniz:
T.C Kimlik No:	
Pasaport No/ Yabancı Kimlik No:	
Adres:	
KEP (Kayıtlı Elektronik Posta) Adresi:	
Elektronik Posta Adresi:	
Telefon No:	
Kurumumuzla Olan İlişkinizi Belirtiniz: (Vatandaş, Personel (memur, işçi, sözleşmeli, stajyer), Firma Çalışanı, Eski Çalışan, Çalışan Adayı, Stajyer, İş Ortağı, Tedarikçi Çalışanı, Temsilci, Veli / Vasi / Ziyaretçi, Diğer)	

2. Başvuru İçeriği

Başvuru Yapılan Veri Sorumlusu:	Sağlık Belediyesi Fatih Mahallesi Şelale Sokak No:3 Sağlık Beldesi / AKSARAY
Başvuru Kapsamında İletilecek Talep Konusu:	<input type="checkbox"/> Kişisel verilerimin işlenip işlenmediğini öğrenmek istiyorum. <input type="checkbox"/> Kişisel verilerim işlenmişse buna ilişkin bilgi talep ediyorum. <input type="checkbox"/> Kişisel verilerimin işlenme amacını ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenmek istiyorum. <input type="checkbox"/> Kişisel verilerimin yurt içinde veya yurt dışında aktarıldığı üçüncü kişileri öğrenmek istiyorum. <input type="checkbox"/> Kanunen öngörülen şartlar çerçevesinde kişisel verilerimin silinmesini veya yok edilmesini veya anonimleştirilmesini istiyorum. <input type="checkbox"/> Kişisel verilerimin eksik veya yanlış işlenmiş olması nedeniyle bunların düzeltilmesini istiyorum.(lütfen açıklama kısmına düzeltilmesini istediğiniz kişisel veriniz ile ilgili detaylı bilgi veriniz) <input type="checkbox"/> Talebim üzerine kişisel verilerimde değişiklik yapılması halinde, kişisel verilerimin aktarıldığı üçüncü kişilere bunun bildirilmesini istiyorum. <input type="checkbox"/> Kişisel verilerimin kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle uğradığım zararın giderilmesini talep ediyorum.

Açıklamalar: (Başvurunuzun sağlıklı yanıt verilebilmesi için başvuru kapsamının belirli, açık ve anlaşılabilir olması gerekmektedir.)	
Ekler: (Ekte bilgi ve belge paylaşıyorsanız lütfen belirtiniz.)	
Başvurunuzun Cevap Yöntemi:	<input type="checkbox"/> Adresime gönderilmesini istiyorum. (Başvuruda belirtilen adrese yapılacak olan gönderim ile) <input type="checkbox"/> Başvuru formunda belirttiğim elektronik posta adresime gönderilmesini istiyorum.(Elektronik posta yöntemini seçmeniz hâlinde size daha hızlı cevap verebileceğiz.) <input type="checkbox"/> Elden teslim almak istiyorum.(Vekâleten teslim alınması durumunda noter tasdikli vekâletname veya yetki belgesi olması gerekmektedir.)
Tarih:	
Başvuru Sahibi Adı Soyadı:	
İmza:	

İşbu başvuru formu; taleplerinize doğru, eksiksiz şekilde ve kanunda belirtilen sürede cevap verilebilmesi için düzenlenmiştir. Sağlık Belediyesi hukuka aykırı veya haksız şekilde gerçekleştirilen veri paylaşımından kaynaklanabilecek hukuki risklerin bertaraf edilmesi ve özellikle kişisel verilerinizin güvenliğinin sağlanması amacıyla, kimlik ve yetki tespiti için ek evrak ve malumat (nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti vb.) talep etme hakkını saklı tutar. Form kapsamında iletmekte olduğunuz taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru ve güncel olmaması, yanlış/yanıltıcı bilgilerle ya da yetkisiz başvuru yapılması halinde Sağlık Belediyesi, söz konusu taleplerden dolayı mesuliyet kabul etmemektedir. Bu hallerde Sağlık Belediyesi başvuruyu reddetme hakkı saklıdır.

1999