KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU UYARINCA BAŞVURU FORMU

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 Uzm. Dr. Filiz Uçar ile olan ilişkinizi belirtiniz. (“Hasta,danışan eski çalışan, üçüncü taraf, Uzm. Dr. Filiz Uçar’a hizmet sunan firma çalışanı gibi)

Uzm. Dr. Filiz Uçar’dan hizmet alanlar dolduracaktır

□ Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi □ Psikiyatri Görüşmesi □ Aile Danışmanı □ Oyun Terapisi

□ Online Psikiyatri Görüşmesi □ Bireysel Terapi □ Psikoterapi

Uzm. Dr. Filiz Uçar kliniğinde çalışanlar dolduracaktır.

* Mevcut Çalışanıyım
* Eski Çalışanım Çalıştığım Yıllar :
* Diğer:

Uzm. Dr. Filiz Uçar’a hizmet verenler ( Tedarikçiler vb.) dolduracaktır.

Hizmet Tarihi:

Hizmet Türü :

1. Lütfen Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz:
2. 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.)

1. Açıklama Bu formu doldurarak,

* İmzalı bir örneğini Gevhernesibe Mahallesi, Gök Gç. No:25 Kat:7 38010 Kocasinan/Kayseri adresine bizzat teslim edebilir, noter kanalıyla gönderebilir,
* flzbyrl@yahoo.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, Uzm. Dr. Filiz Uçar ile olan ilişkinizi tespit ederek, varsa, Uzm. Dr. Filiz Uçar 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 güvenliğinin sağlanması amacıyla, kimlik ve yetki tespiti için Uzm. Dr. Filiz Uçar, 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 Uzm. Dr. Filiz Uçar sorumluluk kabul etmemektedir.

Uzm. Dr. Filiz Uçar tarafından doldurulacaktır.

Tarih: / /

Teslim Alanın Adı Soyadı: İmza: