**6698 SAYILI KVKK KAPSAMINDA VERİ SAHİPLERİNİN HAKLARINI KULLANMALARI İÇİN BAŞVURU FORMU**

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında veri sahibi olarak talebinizin veri sorumlusu tarafından yerine getirilebilmesi için aşağıda yer alan başvuru formunu net ve tam doldurarak ve ıslak imzalı halini Karabaş mah. Hürriyet Cad . No:143 Ön Vural Kat:1 Daire: 1 İzmit/Kocaeli adresine bizzat elden teslim edebilir, noter kanalıyla gönderebilir veya **dtsecilacar@gmail.com** adresine güvenli elektronik imzalı olarak gönderebilirsiniz.

Başvurunuz en geç 30 gün içerisinde yanıtlanacaktır. Sunduğunuz bilgi ve belgelerde sorun veya eksiklik olması halinde sizinle iletişime geçilerek bilgi ve belgelerin tamamlanarak tarafımıza iletilmesi talep edilecektir. Bilgi ve belgeler tarafımıza tam olarak iletilene kadar talebin sonuçlandırılmasına ilişkin Kanun’un 13/2 maddesinde belirtilen otuz (30) günlük süre askıya alınacaktır.

Hataların önlenmesi ve kişisel verilerinizin güvenliğinin sağlanması için, kimlik ve yetki tespiti için Seçil Açar Muayenehanesinden ek evrak ve bilgi (Nüfus cüzdanı veya sürücü belgesi sureti vb.) talep etme hakkı bulunmaktadır.

Bu formda belirttiğiniz bilgi ve belgeler kliniğimiz ile ilişkinizi doğru bir şekilde tespit etmek ve size kanuni süre içerisinde eksiksiz yanıt verebilmek için talep edilmektedir.

**KİŞİSEL VERİ SAHİBİNİN KİMLİK BİLGİLERİ**

Adı – Soyadı :…………………………………………………………………….

T.C. Kimlik No : …………………………………………………………………….

Cep Telefonu : …………………………………………………………………….

Adres : …………………………………………………………………….

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

**Kurumumuz ile Olan İlişkiniz:**

|  |
| --- |
|  |

Hasta/Hasta Yakını Çalışan /Eski Çalışan/Aday İş Ortağı Diğer

* **Hastalarımız için**

En son alınan hizmet içeriği ve tarihi:

* **Çalışan /Eski Çalışan /Aday için**

Çalışma dönemi (yıl):

Adaylar için başvuru yılı:

* **İş Ortaklarımız için**

Firma adı, işbirliği konusu:

* **Diğer başvuranlar için**

Kurumumuz ile ilişkiniz hakkında kısaca bilgi veriniz:

**BAŞVURU SAHİBİNİN TALEPLERİ (6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Md.11)**

Aşağıda 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu’nun 11.maddesi uyarınca Veri Sorumlusu olan Seçil Açar Kliniği veri sahibi olarak talep edebileceğiniz haklar belirtilmiştir. Seçtiğiniz haklara göre talebinizi değerlendirerek yasal süre içerisinde yazılı olarak sizlere iletecektir.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Talep No** | **Talep Konusu** | **Kanuni Dayanak** | | **Seçiminiz**  **(İlgili Bölümü**  **İşaretleyiniz)** |
| **1** | Seçil Açar Ortodonti Kliniği olarak hakkımda kişisel veri işleyip işlemediğini öğrenmek istiyorum | 6698 Sayılı Kişisel  Verilerin Korunması Kanunu Md.11/1-a | |  |
| **2** | Eğer Seçil Açar Ortodonti Kliniği olarak hakkımda kişisel veri işliyorsa bu veri işleme faaliyetleri hakkında bilgi talep ediyorum | Kişisel Korunması Md.11/1-b | Verilerin Kanunu |  |
| **3** | Eğer Seçil Açar Ortodonti Kliniği hakkımda kişisel veri işliyorsa bunların işlenme amacını ve işlenme amacına uygun kullanılıp kullanmadığını öğrenmek istiyorum | Kişisel Korunması Md.11/1-c | Verilerin Kanunu |  |
| **4** | Eğer kişisel verilerim yurtiçinde veya yurtdışında üçüncü kişilere aktarılıyorsa, bu üçüncü kişileri bilmek istiyorum | Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Md.11/1-ç | |  |
| **5** | Kişisel verilerimin eksik veya yanlış işlendiği düşünüyorum ve bunların düzeltilmesini istiyorum | Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Md.11/1-d | |  |
| **6** | Kişisel verilerimin kanun ve ilgili diğer kanun hükümlerine uygun olarak işlenmiş olmasına rağmen, işlenmesini gerektiren sebeplerin ortadan kalktığını düşünüyorum ve bu  çerçevede kişisel verilerimin;   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Talebiniz** |  | **Seçiminiz**  **((x)işareti koyarak belirtiniz. Burada yalnızca bir**  **kutuyu**  **seçebilirsiniz.)** | | Silinmesini ediyorum | talep |  | | Yok edilmesini  talep ediyorum | |  | | Kişisel Korunması Md.11/1-e | Verilerin Kanunu |  |
| **7** | Eksik ve yanlış işlendiğini düşündüğüm | Kişisel | Verilerin |  |
|  | kişisel verilerimin (Yukarıda belirtilen Talep No 5) aktarıldığı üçüncü kişiler nezdinde de düzeltilmesini talep ediyorum | Korunması Kanunu Md.11/1-f |  |  |
| **8** | Silinmesini veya yok edilmesini talep ettiğim (Yukarıda belirtilen Talep No 6) kişisel verilerimin aktarılan üçüncü kişiler nezdinde de silinmesini talep ediyorum | Kişisel Korunması Md.11/1-f | Verilerin Kanunu |  |
| **9** | Kurumunuz tarafından işlenen kişisel verilerimin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edildiğini ve bu analiz neticesinde şahsım aleyhine bir sonuç doğduğunu düşünüyorum. Bu sonuca itiraz ediyorum. | Kişisel Korunması Md.11/1-g | Verilerin Kanunu |  |
| **10** | Kişisel verilerimin kanuna aykırı işlenmesi nedeniyle zarara uğradım. Bu zararın tazmini talep ediyorum. | Kişisel Korunması Md.11/1-ğ | Verilerin Kanunu |  |

**TALEP HAKKINDA AÇIKLAMA**

Yukarıda belirttiğiniz talep ya da talepler hakkında yapmak istediğiniz ek açıklamayı iletiniz.

|  |
| --- |
|  |

**Yukarıdaki talebim dışında başkaca açıklamam bulunmamaktadır.**

**EKLER**

Başvurunuzla ilgili belge var ise belirterek bir örneğini form ekinde iletiniz.

|  |
| --- |
|  |

**Başvuru talebimin ekinde herhangi bir belge bulunmamaktadır.**

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunun 11. maddesinde düzenlenen ve yukarıda belirtilen kişisel veri sahibinin haklarının icrası ve bu çerçevede veri sorumlusu olan Seçil Açar Ortodonti Kliniği tarafından Kanunun 13.maddesi uyarınca değerlendirme yapılabilmesi için talebinizin konusuna göre gereken bilgi ve belgeleri tarafımıza sağlamanız gerekmektedir.

Örneğin; yukarıda talep no 5 de belirtildiği gibi Eksik ve yanlış işlendiğini düşündüğünüz kişisel verinizin düzeltilebilmesi için kişisel verinizin doğru ve tamamlayıcı bilgilerini gösteren belgeleri (Nüfus cüzdanı fotokopisi, ikametgâh vb.) tarafımıza sağlamanız gerekmektedir.

**BAŞVURU SAHİBİNİN BEYANI (Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Md.13)**

Veri Sorumlusu sıfatıyla Kurumunuz Seçil Açar Ortodonti Kliniği’ne yapmış olduğum işbu başvurumun 6698 Sayılı

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu’nun 13. maddesi uyarınca değerlendirilerek tarafıma bilgi verilmesini talep ederim.

Cevabın formun ilk sayfasında belirtmiş olduğum **posta** adresime gönderilmesini istiyorum.



Cevabın formun ilk sayfasında belirtmiş olduğum **e-posta** adresime gönderilmesini istiyorum.

Cevabı Seçil Açar Ortodonti Kliniğinden açık adresinden elden teslim almak istiyorum.

İşbu toplam “Veri Sahiplerinin Haklarını Kullanmaları için Başvuru Formu toplam 4 sayfadan oluşmaktadır.

**Başvuruda bulunan ilgili kişi (Kişisel Veri Sahibi)**

Ad – Soyadı :

Başvuru Tarihi :

İmza :