

İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ

VERİ SAHİBİ BAŞVURU FORMU

ACIKLAMA :

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması (KVK) Kanununun, 11'inci maddesinde, kişisel veri sahiplerine (Başvuru sahibi) kişisel verilerinin işlenmesine ilişkin bir takım taleplerde bulunma hakkı tanınmıştır.

KVK Kanunu'nun 13/1'nci fıkrası gereğince; veri sorumlusu olan kurumumuza yapılacak başvuruların yazılı olarak veya Kişisel Verilerin Korunması Kurulu tarafından belirlenen yöntemlerle iletilmesi gerekmektedir.

Bu kapsamda; "yazılı" olarak yapılacak başvurular, aşağıdaki formun yazıcı çıktısı alınarak;

- Başvuru Sahibinin şahsen başvurusu ile
- Noter vasıtasıyla,
- Başvuru Sahibince 5070 Sayılı Elektronik İmza Kanununda tanımlı olan "güvenli elektronik imza" ile imzalanarak İstanbul Aydın Üniversitesi "Kayıtlı E-Posta (KEP)" adresine gönderebilecektir.

Yazılı başvuruların, tarafımıza nasıl ulaştırılacağına ait bilgiler aşağıdadır.

Başvuru Yöntemi	Başvurunun Yapılacağı Adres	Başvuru Gönderiminde Belirtilecek Bilgi
Şahsen Başvuru	İzzetin Çalışlar Cad. No:31/A, Bahçelievler, İstanbul, 34180	Başvuru dosyasının üzerine "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi" yazılacaktır.
Noter vasıtasıyla tebligat	İzzetin Çalışlar Cad. No:31/A, Bahçelievler, İstanbul, 34180	Tebliğat zarfına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Bilgi Talebi" yazılacaktır.
Kayıtlı Elektronik Posta (KEP) ile	iau.dentaydin@iau.hs03.kep.tr	E-posta'nın konu kısmına "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Bilgi Talebi" yazılacaktır.

Başvurularınız, KVK Kanunu'nun 13/2'nci fıkrası gereğince, talebin niteliğine göre talebinizin bizlere ulaştığı tarihten itibaren otuz gün içinde yanıtlanacaktır. Yanıtlarımız, KVK Kanunu'nun 13'üncü maddesi hükmü gereğince yazılı veya elektronik ortamdan tarafınıza ulaştırılacaktır.

1. Başvuru Sahibi iletişim bilgileri:

Ad:	
Soyad:	
TC Kimlik Numarası:	
Telefon Numarası:	
E-posta:	
Adres:	

2. Lütfen Kurumumuz ile olan ilişkinizi belirtiniz. (Öğrenci, mezun, akademik personel, idari personel, yarı zamanlı akademik personel, çalışan aday, eski çalışan, ziyaretçi, üçüncü taraf firma çalışanı v.b.)

<input type="checkbox"/> Hasta	<input type="checkbox"/> Tedarikçi
<input type="checkbox"/> Hasta Yakını	<input type="checkbox"/> Aday
<input type="checkbox"/> Öğrenci	<input type="checkbox"/> İdari Personel
<input type="checkbox"/> Akademik Personel	<input type="checkbox"/> Yarı Zamanlı Akademik Personel
<input type="checkbox"/> Mezun	<input type="checkbox"/> Eski Çalışan
<input type="checkbox"/> Ziyaretçi	<input type="checkbox"/> Diğer
Açıklama: (Lütfen tarih ve birim bildirerek göreviniz talebiniz hakkında açıklama yapınız)	

3. Lütfen KVK Kanunu kapsamındaki talebinizi detaylı olarak belirtiniz:

4. Lütfen başvuruza vereceğimiz yanıtın tarafınıza bildirilme yöntemini seçiniz:

- Adresime posta ile gönderilsin.
- E-posta adresime gönderilsin.
- Elden teslim alacağım.

İşbu form, İstanbul Aydın Üniversitesi Ağız ve Diş sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi ile olan ilişkinizin tespit edilerek; kurumumuz tarafından işlenen kişisel verilerinizin varlığı halinde mevcut verilerin eksiksiz olarak belirlenerek başvuruza doğru ve yasal süresi içerisinde cevap verilebilmesi için tarafımızca tanzim edilmiştir.

İstanbul Aydın Üniversitesi Ağız ve Diş sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi kişisel verilerin hukuka aykırı paylaşımını önlemek ve verilerin güvenliğini sağlamak amacıyla işbu forma ilişkin ek evrak ve bilgi (nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, pasaport vb.) talep etme hakkına sahiptir. Form kapsamındaki taleplerinize ilişkin bilgilerin doğru, güncel ve/veya yeterli olmaması halinde İstanbul Aydın Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi işbu taleplerden dolayı sorumluluk kabul etmediğini ve her türlü yasal hakkını saklı tuttuğunu beyan eder.

5. Bu form ile size ilettiğim kişisel verilerimi 6698 sayılı KVK Kanunu kapsamında kurumunuz tarafından Aydınlatma metni kapsamında işlenmesine, paylaşılmasına rıza gösteriyorum.

Başvuru Sahibi (Kişisel Veri Sahibi)

Adı Soyadı :

Başvuru Tarihi :

İmza :