

ÇALIŞAN AÇIK RIZA BEYAN FORMU:

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu gereğince, kişisel verilerimin Dr.Mustafa Enverbey Caddesi Kültür Mahallesi No.17 K.1 D.4 Alsancak- Konak /**İZMİR** adresinde Kadın Doğum ve Akapunktur Faaliyetleri kapsamında Dr.A.Şükrü HAMİDİ tarafından, hangi amaçla işleneceği, işlenen kişisel verilerin kimlere ve hangi amaçla aktarılabilceği, kişisel veri toplamanın yöntemi ve hukuki sebebi ve Kanun'un 11. maddesinde sayılan diğer haklarım hususlarında bilgilendirildim.

Bulunduğum pozisyona ilişkin olarak işveren tarafından alınan özel nitelikteki kişisel veriler de dahil olmak üzere ilettiğim her türlü kişisel verimin, işlenmesine/kaydedilmesine, depolanmasına, değiştirilmesine, güncellenmesine, periyodik kontrolünü, yeniden düzenlenmesine, sınıflandırılmasına, ve bu verilerin kaydedilmesine, kişisel verilerimin yasal yükümlölüklerin yerine getirmesi amacıyla yetkili mercilerle paylaşılmasına, yukarıda bahsi geçen kişisel verilerimin muhafaza edilmesine **onay veriyorum.**

Tarafıma verilen ve okuyup anladığım aydınlatma metni kapsamını, bu kapsamda kişisel verilerinizin toplanma yöntemine, kişisel verilerin işleme amaçlarına, kişisel verilerinizin yurt içi ve dışındaki üçüncü kişilerle paylaşılmasına ve aktarılmasına onay veriyorum.

Çalışan Adı-Soyadı:

İmza:

Tarih: