

6698 SAYILI KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI KANUNU UYARINCA BİLGİ TALEP FORMU

1.GENEL AÇIKLAMA

6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 11.maddesinden doğan haklarınıza ilişkin taleplerinizi işbu form vasıtasıyla TÜRKİYE MAARİF VAKFI'na iletebilirsiniz. Söz konusu talepleriniz TÜRKİYE MAARİF VAKFI'na ulaştığı tarihten itibaren mümkün olan en kısa sürede ve en geç otuz gün içerisinde cevaplanacaktır. Bilgi talebinizin cevabı aşağıda seçtiğiniz iletişim kanalları kullanılarak yazılı veya elektronik ortamdan sizlere iletilecektir.

Başvuru esnasında bilgiler eksiksiz doldurulmak zorundadır. Aksi takdirde bilgi talepleriniz TÜRKİYE MAARİF VAKFI tarafından karşılanamayacaktır. Bilgilerin yanlış ya da eksik olması durumunda TÜRKİYE MAARİF VAKFI talebin cevaplanmadığından bahisle herhangi bir sorumluluk kabul etmemektedir.

2.BİLGİ TALEP EDEN İLGİLİ KİŞİYE İLİŞKİN BİLGİLER

| | |
|--|--|
| ADI SOYADI | |
| T.C. KİMLİK NUMARASI | |
| YABANCI UYRUKLU İSENİZ PASAPORT NUMARASI VEYA VARSA KİMLİK NUMARASI | |
| TEBLİGATA ESAS YERLEŞİM YERİ VEYA İŞ YERİ ADRESİ | |
| CEP TELEFONU | |
| SABİT TELEFON | |
| FAKS NUMARASI | |

4.İLGİLİ KİŞİNİN BEYANI

Yukarıda izah ettiğim taleplerim doğrultusunda başvurumun değerlendirilmesini ve tarafıma cevap verilmesini rica etmekteyim. Başvurum esnasında vermiş olduğum bilgilerin gerçek ve güncel olduğunu, şahsıma ait olduğunu kabul, beyan ve taahhüt ederim. Talep ettiğim bilgi için paylaşmış olduğum kişisel verilerimin ve/veya özel nitelikli kişisel verilerimin TÜRKİYE MAARİF VAKFI tarafından amacıyla bağlantılı olarak işlenmesine izin veriyorum.

2.BİLGİ TALEP EDEN İLGİLİ KİŞİYE İLİŞKİN BİLGİLER

- Başvurumun cevabını bizzat elden teslim almak istiyorum. *(Başvuruyu yapan ilgili kişi dışında kimseyle başvuruyu ilgili bilgi paylaşımı yapılmamaktadır.)*
- Başvurumun cevabının Başvuru Formunda belirtilen e-posta adresime gönderilmesi istiyorum.
- Başvurumun cevabının Başvuru Formunda belirtilen adresime gönderilmesini istiyorum. *(Lütfen seçtiğiniz seçeneğe işaretleme yapınız.)*

Başvuruda Yapan İlgili Kişinin Adı Soyadı:

Başvuru Tarihi:

İmza: