

Kişisel bilgilerin belediyenin sağlık hizmetleriyle paylaşılması için onay formu



1. Amaç

Bu formu imzalayarak, kaldığım sığınmacı merkezinin, 2. maddede belirtilen kişisel bilgilerimi, sığınmacı merkezinin belediyenin sağlık hizmetlerinden randevu almamda bana yardımcı olmak amacıyla

Belediyesi ile paylaşmasına onay veriyorum.



2. Belediye ile paylaşılacak kişisel bilgiler

Aşağıdaki kişisel bilgilerimin ikamet ettiğim belediye ile paylaşılmasına onay veriyorum:

- İsim
- Cinsiyet
- D numarası
- Telefon numarası
- E-posta adresi

Sağlık hizmeti almak için belediye ile doğrudan da iletişime geçebileceğimi biliyorum. Sığınmacı merkezinin kişisel bilgilerimi belediye ile paylaşmasına onay vermemin isteğe bağlı olduğunu ve onay vermesem dahi sağlık hizmeti alma hakkımın devam ettiğini biliyorum.



3. Onay hakkında

Bu onay gönüllüdür ve sığınmacı merkezinde kaldığım sürece geçerlidir. Onayımı dilediğim zaman sığınmacı merkezi ile iletişime geçerek geri çekebilirim.

Sığınmacı merkezinden ayrıldığımda bu onay geçerliliğini yitirir ve tüm kişisel bilgilerimi içeren form sığınmacı merkezi tarafından derhal silinir.



4. Haklar

Sığınmacı merkezi ile irtibata geçerek bu onay formunda yer alan kişisel bilgilerime erişme, düzeltme ve silme hakkına sahibim.

Belediyenin Arşiv Kanunu uyarınca arşivleme yükümlülüğü bulunmaktadır. Bu, daha sonra onayınızı geri çekseniz bile belediye ile paylaşılan kişisel bilgilerin arşiv niteliğinde kabul edilerek saklanması zorunlu olacağı ve silinemeyeceği yönünde değerlendirmede bulunulabileceği anlamına gelir.



5. Onayın teyidi

Bu onayın şartlarını anladığımı ve yukarıda açıklandığı şekilde kişisel bilgilerimin sığınmacı merkezi tarafından belediye ile paylaşılmasına onay verdiğimi teyit ederim.

Yer

Tarih

İmza