

KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİ HAKKINDA ONAY FORMU

Nitelik İş Sağlığı ve Güvenliği Ltd. Şti. ("NİTELİK") tarafından "**Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Bilgilendirme Formu**"nda detaylı olarak yer alan kişisel verilerinizin, sözleşmenin ifası ve kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbi teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi, işe giriş sağlık hizmetleri ile finansmanın planlanması ve yönetimi amacıyla gerektiği ölçüde işlenmesi ve aktarılması halleri ile aşağıda belirtilen hususlara ilişkin olarak açık rızanızı talep ediyoruz:

"Şirketim veya şirketim tarafından yetkilendirilmiş aracı kurum; şahsımla ilgili tıbbi bilgilerime ulaşmak istediğinde ve/veya NİTELİK' ten aldığım sağlık hizmetlerinin dijital ortama kaydı, sağlık verilerimin çalıştığım şirketin İ.K' sına aktarılmasının ve kişisel dosyamda saklanması zorunlu olduğunu bildiğimi ve bu amaçlarla dış kurum tetkik ve raporları dahil ancak bunlarla sınırlı olmaksızın sağlık dosyamın ve diğer kişisel sağlık verilerimin NİTELİK tarafından şirketime veya şirketim tarafından yetkilendirilmiş kurumlarına aktarılmasını,

Hasta Hakları Yönetmeliği ve diğer ilgili mevzuat kapsamında oluşturulan fiziksel/dijital sağlık dosyamın, sağlık kayıtlarımın ve tıbbi hizmet ünitelerinde tutulan protokol defterlerindeki kişisel verilerimin ve tıbbi teşhis tedavi kapsamında aldığım sağlık hizmetlerinin arşivlenmesi ve imha edilmesi amacıyla NİTELİK' in anlaşmalı olduğu arşiv şirketlerine ve Devlet kurumlarına aktarılmasını,

İşe Giriş Muayeneleri, Hastalık Muayeneleri, Tıbbi teşhis ve tedavi hizmetlerimin yürütülmesi amacıyla sağlık verilerimin NİTELİK' in hizmetlerinden faydalandığı laboratuvar, eczane, ambulans ile tıbbi verilerin işlenmesini sağlayan tedarikçiler gibi destek hizmetleri sağlayıcılarına aktarılmasını,

İşe giriş, tıbbi teşhis, tedavi, sağlık hizmetlerinin planlanması ve yönetimi amacıyla işlenen ve NİTELİK uygulamalarında kaydedilen kişisel verilerimin sorunsuz ve güvenli saklanması/işletimi için NİTELİK' in sistemlerinin ve ilgili sistemlerin yurt içi ve yurt dışında yedeklerinin bulunduğu bilgi güvenliği standardına uyumlu hizmet ve servis sağlayıcılarına aktarılmasını,

Çalıştığım firmanın NİTELİK ile anlaşması nedeni ile kişisel sağlık verilerimin bulunduğu Ek-2 formunun ve tüm tıbbi kayıtlarımın işverenim ile paylaşılmasının gerekli ve zorunlu olduğunu bildiğimi ve bu doğrultuda kişisel sağlık verilerimin NİTELİK tarafından işverenime aktarılmasını,

Kişisel verilerimin, yasa gereği sözleşmenin ifası ve kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbi teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi, sağlık hizmetlerinin planlanması ve yönetimi amacıyla gerektiği ölçüde işlenmesi ve aktarılması halleri dâhil olmak üzere kişisel verilerimin yukarıda belirtilen bilgiler kapsamında işleneceğini, üçüncü kişilere aktarılabilirliğini kendi açık rızam ile kabul ediyorum.

İşbu "**Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Onay Formu**" ile birlikte "**Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Bilgilendirme Formu**"nun tarafıma verildiğini, tarafıma tam olarak açıklandığını, söz konusu metinleri okuduğumu/okuttuğumu ve içeriğini anladığımı beyan ederim."

Veri Sahibi ya da Yasal Temsilcisinin,

Ad Soyadı _____

TC Kimlik No _____

Doğum Tarihi _____

İmza _____

Tarih _____ Saat _____

(*) Tanık Adı Soyadı _____

(*) Veri Sahibinin görme, okuma engeli varsa, tanık eşliğinde onay alınır.