|  |  |
| --- | --- |
| 1. Araştırmacı Bilgileri: - Adı Soyadı:- Kurum Adı:- İletişim Bilgileri:- Telefon:- E-posta: |  |
| 2. Araştırma Bilgileri: - Araştırma Başlığı:- Araştırma Kapsamı ve Amacı:- Araştırma Süresi:- Araştırma Projesi No: |  |
| 3. Etik Kurul Bilgileri: - Etik Kurul Onay Numarası:- Etik Kurul Onay Tarihi:- Etik Kurul Onay Belgesi (Eklenecek): |  |
| 4. Talep Edilen Veriler: - Veri Tipleri (Örn: Hasta Adı, Soyadı, Yaş, Cinsiyet, Hastalık, Tedavi vb.): |  |
| - Verilerin Kullanım Amacı: |  |
| \*\*5. Taahhütname: \*\* | Aşağıda imzası bulunan ben, [Araştırmacı Adı Soyadı], [Fakülte Adı] bilgi işlem biriminden talep ettiğim hasta verilerini, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) hükümlerine uygun olarak sadece araştırma amacıyla kullanacağımı, başka herhangi bir kişi veya kurumla paylaşmayacağımı, hasta bilgilerinin işlenmesinden doğabilecek her türlü hukuki, idari ve mali sorumluluğun tarafıma ait olduğunu kabul ve taahhüt ederim. |
| Araştırmacı Adı Soyadı:  | [Ad Soyad] Tarih: [Gün/Ay/Yıl]İmza |