**YARIŞMA KATILIM FORMU**

Sağlık tesisimizde çalışanların memnuniyetini ve motivasyonunu artırmak, kurum kültürünü yerleştirmek, kurumsal aidiyet duygusunu geliştirmek için üst yönetim ile çalışanlar arasındaki iletişim ve işbirliğini artırıcı olması amacıyla düzenlenecek olan **“Hasta ve Sağlık Çalışanı El Ele”** temalı fotoğraf yarışmasına tüm birimlerden, tüm meslek grupları katılabilecektir. Bu anlamlı ve önemli beraberliğin bir parçası olmak istiyorsanız;

Aşağıdaki tüm bilgileri eksiksiz ve doğru girerek doldurmanız gerekmektedir.

|  |
| --- |
| **SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ** |
| Adı Soyadı |  |
| Çalıştığı Bölüm |  | Çalıştığı Kampüs: |
| Telefon No |  |
| E-mail |  |
| Başvuru Tarihi |  |
| Varsa Fotoğrafın Hikayesi |  |
| Fotoğraflarınızı isimlendirebilirsiniz. Eğer bir isim belirlediyseniz bu alan yazınız………………………………………………………………………………………………. |

**Gerekli Dokümanlar**

1. Yarışma Katılım Formu
2. Kişisel Verilerin Kullanımına İlişkin Bilgilendirilmiş Ve Aydınlatılmış Açık Rıza Formu (Fotoğrafta yer alan her kişiye ait ayrı ayrı doldurulmalıdır)
3. Aşağıda belirtilen şartlara uygun “Hasta ve Sağlık Çalışanı El Ele” temalı fotoğraf

**Katılım Şartları:**

* Yarışmaya katılım ve başvurular ücretsizdir.
* Tüm fotoğraflar, yarışmanın adı ve konusuna uygun olmalıdır.
* Her katılımcı koşullarına uyan kategorilerde **en fazla 2 (iki) adet** eserle yarışmaya katılabilir.
* Fotoğraflar paspartusuz ve kenar boşluksuz olmalıdır. Fotoğraf üzerinde katılımcının kimliğine ilişkin isim, imza, logo, tarih vb. bilgiler bulunmamalıdır.
* Yarışmaya gönderilecek fotoğrafın yapısı değiştirilmemiş olmalıdır. Birden fazla fotoğrafın montajıyla oluşturulan fotoğraflar, photoshop gibi fotoğraf düzenleme programlarıyla başkalaştırılmış fotoğraflar, fotoğrafın orijinalinde olmayan herhangi bir objenin eklenmiş veya var olan objelerden herhangi birisinin çıkarıldığı fotoğraflar yarışmaya kabul edilmez.
* Yarışmaya katılacak fotoğraflar online olarak dijital ortamda (e-mail) gönderilecek ve baskılar kabul edilmeyecektir.
* Başvurular sadece seahkyb@gmail.com adresi üzerinden gerekli dokümanlar ile yapılacak olup sosyal medya kanallarından yapılan başvurular kabul edilmeyecektir.
* Kişisel Verilerin Kullanımına İlişkin Bilgilendirilmiş Ve Aydınlatılmış Açık Rıza Formu ıslak imzalı olarak Kalite Direktörlüğüne elden teslim edilmelidir.
* Yarışma Katılım Formu e-mail ya da fiziki olarak Kalite Direktörlüğüne teslim edilebilir.
* Katılımcı, yarışmaya gönderdiği fotoğrafın bütünüyle kendine ait olduğunu ve tüm izinlerinin, rızalarının alındığını kabul, beyan ve taahhüt eder. Başkalarına ilişkin eserlerin yarışmaya gönderilmesi halinde oluşacak telif ve diğer haklardan katılımcı sorumludur.
* Yarışma tarihinden sonra yapılan başvurular değerlendirmeye alınmayacaktır.

**Açıklama:**

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununun 10. maddesi ile veri sorumluları için kişisel verisini işlediği ilgili kişileri aydınlatma yükümlülüğü getirilmiştir.

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu uyarınca (KVKK), Veri Sorumlusu sıfatıyla KVKK kapsamındaki aydınlatma yükümlülüğü çerçevesinde kişisel veri sahibinin (hasta, hasta yakını, çalışan vb.) aydınlatılması ve kişisel verinin (ad-soyad, doğum tarihi, meslek ve iş ile ilgili bilgiler, unvan bilgileri, adres ve telefon gibi iletişim bilgileri, fotoğraf ve kamera kayıtları, kişisel veri içeren belgelerin kopyası niteliğindeki belgeler, sağlık verileri, biyometrik veriler vb.) işlenmesi için açık rızasının alınması gerekmektedir. Bu nedenle Sağlık Tesisimizde düzenlenen tüm etkinlikler, faaliyetler, toplantılar vb. süreçlerde kamuoyu ile paylaşımı ve tanıtımı kapsamında elde edilen kişisel verilerin işlenmesi durumunda **BY.RB.001 KİŞİSEL VERİLERİN KULLANIMINA İLİŞKİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ve AYDINLATILMIŞ AÇIK RIZA FORMU** ile kişisel veri sahibinin rızası alınmalıdır.

Bizimle iletişime geçmek için;

Kalite Direktörlüğü

E-mail: seahkyb@gmail.com

Dahili Telefon No: 1799-1846