**BİLGİ EDİNME BAŞVURUSU FORMU**

(Gerçek Kişiler İçin)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Başvuru sahibinin adı ve soyadı:** |  | | |
| **Oturma yeri veya iş adresi:** |  | | |
| **Türkiye Cumhuriyeti Kimlik No:** (Elektronik ortamda yapılacak başvurular için doldurulması zorunludur.) |  | | Başvuruya hangi yolla cevap almak istersiniz?    Yazılı           Elektronik |
| **Elektronik posta adresi:** (Elektronik ortamda yapılacak başvurular için doldurulması zorunludur.) |  | | |
| **İmzası:** |  | 4982 sayılı Bilgi Edinme Hakkı Kanunu gereğince istediğim bilgi veya belgeler aşağıda belirtilmiştir.  Gereğini arz ederim. | |
| **İstenen bilgi veya belgeler:**  (Not: Ayrılan bölümdeki boşluk yetmediği takdirde, başvuru için boş sayfa / sayfalar kullanılabilir.) |  | | |

**DOLDURDUKTAN SONRA ARDAHAN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ’NE GÖNDERMEK İÇİN**

**ardahan@saglik.gov.tr YE GÖNDERMENİZ GEREKMEKTEDİR**