**Atayalvaç Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu**

**Dilek, Öneri ve Şikayet Formu**

**1. Kişisel Bilgiler**

Adı Soyadı: ............................................................

Öğrenci/Sicil Numarası: .......................................

Program/Bölüm: .....................................................

İletişim Bilgileri (Telefon ve E-posta): ..........................

**2. Bildirim Türü**

[ ] Dilek

[ ] Öneri

[ ] Şikayet

**3. Konu Başlığı**

*(Konu başlığını kısaca belirtiniz)*

**4. Açıklama**

*(Dilek, öneri veya şikayetinizi detaylı bir şekilde yazınız)*

**5. Ekler**

*(Varsa ilgili belge veya kanıtları ekleyiniz)*

**6. Gizlilik Tercihi**

[ ] Geri bildirimimin anonim kalmasını istiyorum.

[ ] Geri bildirimimle ilgili tarafıma dönüş yapılmasını istiyorum.

***Bilgilendirme***

*Bu form aracılığıyla paylaştığınız kişisel veriler, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizli tutulacak ve yalnızca ilgili birim tarafından değerlendirilecektir.*