

| | | | | |
|---|---|-----------------|----------------------|--|
|  KTÜ 1955 KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ | SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU | | | KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu SHMYO |
| | DİLEK, ŞİKÂYET, ÖNERİ ve TEŞEKKÜR FORMU | | | |
| Dok. Kodu: İK. KF.FR.10 | Yay. Tar: 22.11.2022 | Revizyon No: 01 | Rev. Tar: 22.11.2022 | Sayfa Sayısı: 02 |

BİLGİLENDİRME: Bu formun amacı Meslek Yüksekokulumuzda sunulan hizmetlere ilişkin görüşlerinizi ve önerilerinizi alarak sizlere daha kaliteli ve nitelikli çalışmalar sağlamaktır. Lütfen sadece dilek, istek, öneri, memnuniyet veya şikâyet içeren görüşlerinizi bildirmek amacıyla formu kullanınız. Görüş ve önerileriniz bizim için değerlidir.

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|---|--|-----------------------------------|--|
| BİLDİRİMİN NİTELİĞİ | | <input type="checkbox"/> DİLEK / İSTEK | | <input type="checkbox"/> ŞİKÂYET | | <input type="checkbox"/> ÖNERİ | | <input type="checkbox"/> TEŞEKKÜR | |
| BİLDİRİMİ YAPAN | | <input type="checkbox"/> PERSONEL | | <input type="checkbox"/> ÖĞRENCİ | | <input type="checkbox"/> ÖĞRENCİ YAKINI | | | |
| ADI-SOYADI | | TELEFON | | | | | | | |
| TARİH | | E-POSTA | | | | | | | |
| İMZA | | ADRES | | | | | | | |
| ÖĞRENCİ İSE: OKUL NO : BÖLÜM : PROGRAM : SINIF : | | | | PERSONEL İSE: GÖREVİ: UNVANI: SİCİL NO: | | | | | |
| GÖRÜŞ BİLDİRDİĞİNİZ BİRİM / KİŞİ | | | | | | | | | |
| AÇIKLAMA (KONU) | | | | | | | | | |
| Not: Ek belge ya da tutanak var ise form ile birlikte sunulmalıdır. | | | | | | | | | |
| | | Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim. | | | | | | | |
| | | Cevap Verilmesini İstiyorum | | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| ► Bildiriminiz sonucunda tarafınıza ulaşılmasını istiyorsanız iletişim bilgilerinizi lütfen belirtiniz. *6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında; kişisel verileriniz bildirim formunuz dahilinde kayıt altına alınmakta olup, Müdürlüğümüz bünyesinde arşivlenmektedir. Yurt içi ve yurt dışı ile paylaşılmamaktadır. | | | | | | | | | |
| Bu Bölüm İlgili Birim / Bölüm Tarafından Doldurulacaktır. | | | | | | Şikayet No:/...../ 20... | | | |
| BİRİM KALİTE KOMİSYONU DEĞERLENDİRMESİ | | | | | | | | | |
| SONUÇ / KARAR: | | | | | | | | | |
| BİRİM KALİTE KOMİSYONU BAŞKANI | | (Ad-Soyad-İmza) | | | | | | | |
| BÖLÜM BAŞKANI | | (Ad-Soyad-İmza) | | | | | | | |

| HAZIRLAYAN | ONAYLAYAN |
|---------------------------------|--|
| Öğr. Gör. Dr. Şahi Nur KALKIŞIM | Prof. Dr. Sevdegül AYDIN MUNGAN Müdür |