**SAĞLIK YÖNETİMİ EĞİTİM PROGRAMLARI DEĞERLENDİRME VE AKREDİTASYON DERNEĞİ (SAYAK)**

**İTİRAZ VE ŞİKÂYET FORMU**

Bu form, Sağlık Yönetimi Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (SAYAK) tarafından yürütülen dış değerlendirme ve akreditasyon süreçlerine ilişkin yapılacak itiraz ve/veya şikâyet başvurularında kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Formun eksiksiz doldurulması ve belgelerle birlikte iletilmesi gerekmektedir.

**1. BAŞVURU SAHİBİNE AİT BİLGİLER**

**Kurum Adı:**

**Bölüm/Program Adı:**

**Adı Soyadı:**

**Görevi:**

**Telefon (İş):**

**Telefon (Cep):**

**E-posta Adresi:**

**İlgili Değerlendirme Dönemi (yıl/dönem):**

**Başvurunun Türü:**
☐ İtiraz
☐ Şikâyet

**2. İTİRAZ/ŞİKÂYET KONUSU VE GEREKÇESİ**

İtiraz edilen kararın kısa açıklaması / Şikâyet edilen uygulamanın özeti:

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................

İtirazın/Şikâyetin dayandığı gerekçeler (ilgili ölçüt, tarih, kişi, olay vb. belirtiniz):

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................

**3. EK BELGELERİN LİSTESİ**

Başvurunuzu destekleyen bilgi ve belgeleri aşağıda listeleyiniz (varsa ekleyiniz):

1. ........................................................
2. ........................................................
3. ........................................................

**4. BEYAN VE TAAHHÜT**

Yukarıda sunduğum bilgilerin doğruluğunu beyan eder; başvurunun SAYAK İtiraz ve Şikâyet Yönergesi hükümleri doğrultusunda değerlendirilmesini talep ederim.

**Başvuru Sahibinin Adı Soyadı:**

**Görevi:**

**Tarih:**

**İmza:**

**FORMUN TESLİMİNE İLİŞKİN BİLGİLER**

• Form ve ekleri tek bir PDF dosyası olarak hazırlanmalı, SAYAK resmi e-posta adresine iletilmelidir.
• SAYAK Sekretaryası tarafından başvuru alındıktan sonra 3 iş günü içinde alındı teyidi gönderilir.
• Eksik bilgi veya belge olması hâlinde başvuru sahibine bildirim yapılır; eksikler tamamlanmadan değerlendirme süreci başlatılmaz.

Sağlık Yönetimi Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (SAYAK) İletişim Bilgileri:

**Web:** <https://www.sayak.org.tr/>

**İletişim: *İlknur Kar***-0536 467 46 59

**E-mail**: sayak@sayak.org.tr