

## ATSO MESEM ŞİKÂYET/ÖNERİ FORMU

İtirazı Yapan Kişi Tarafından Doldurulacaktır			
Tarih ...../...../.....	Başvuru Türü	Şikâyet <input type="checkbox"/>	Öneri <input type="checkbox"/>
Adı Soyadı		TC Kimlik Numarası	
İletişim Adresi		Katıldığı Sınav	
Telefon		Sınav ID	
İletişim e-Posta Adresi		İmza	

Şikâyet/Öneri Konusu Olan Olay ve İşlemler / Şikâyet/Öneri Nedeni

ATSO MESEM Tarafından Doldurulacaktır.		
Kayıt Tarihi ___/___/20__	Kayıt Türü <input type="checkbox"/> Şikâyet <input type="checkbox"/> Öneri	Kayıdı Açan ve İmza

Ön Değerlendirme Tarihi ___/___/20__	Ön Değerlendirme Açıklaması
Ön Değerlendirme Sonucu	DİFİF Gerekli İse DİF NO:
<input type="checkbox"/> İşleme Gerek Görülmedi <input type="checkbox"/> Şikâyet Giderildi <input type="checkbox"/> Düzeltici Önleyici Faaliyet Başlatıldı <input type="checkbox"/> Komisyona Havale edildi <input type="checkbox"/> Diğer	
Komisyona Sunulan Bulgular	

Komisyon Tarafından Doldurulacaktır.		
Komisyon İnceleme ___/___/20__	Değerlendirme Açıklaması <input type="checkbox"/> İşleme Gerek Görülmedi <input type="checkbox"/> Şikâyet Giderildi <input type="checkbox"/> Düzeltici İyileştirici Faaliyet Başlatıldı	DİFİF Gerekli İse DİF NO:
Komisyon Kararı		
Sonuç <sup>1</sup>		
		Şikâyet Sahibine Bildirim Tarihi: ...../...../.....
		Bildirimde Bulunan Yetkili: Adı Soyadı: _____ İmza: _____

<sup>1</sup> Şikâyetiniz 15 gün içerisinde tarafınıza yazılı olarak (E-posta vb.) ATSO MESEM tarafından bildirilecektir. Detaylı bilgi için [www.atsomesem.org.tr](http://www.atsomesem.org.tr) adresini ziyaret ediniz.