



HİZMETE ÖZEL
KURUMSAL SSL VPN İLE KURUM
AĞINA ERİŞİM HAKKI TALEP FORMU



KURUM-ŞİRKET ADI :

Ayrıcalık Talebi Yapan Personelin

Ünvan :

Adı Soyadı :

e-posta :

Telefon No :

Birimi :

SN	Erişim Talep Edilen iç IP No	Gerekçe / Açıklama	Süre / Gün
1			
2			
3			

YETKİLENDİRME

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü ile Diyarbakir İl Sağlık Müdürlüğü bilgi güvenliği ve bilgi sistemlerinin kullanımına dair politikaları okuduğumu, anladığımı ve bunlara uyma sorumluluğum olduğunu ve bu ayrıcalıklı erişim hakkı isteğinin işlerimi tamamlayabilmem için gerekli olduğunu ve sadece iş amaçlı kullanacağımı beyan ederim.

Personel İmzası

Tarih

Ayrıcalıklı erişim hakkının kurum politikasına uygun ve başvuranın işlerini tamamlayabilmesi açısından gerekli olduğunu başvuranın statüsü değiştiğinde ayrıcalıklı erişim hakkının iptalini diyarbakir@saglik.gov.tr adresine bildireceğimi, aksi takdirde bu kullanıcının ayrıcalıklı erişim haklarından doğacak zararların sorumluluğunu kabul ettiğimi beyan ederim. Ayrıcalıklı erişim hakkı talebinde bulunan personele, erişim hakkı verilmesi uygundur

Kurum Yöneticisi;

Adı Soyadı

İmza/Kaşe

Tarih

E-posta Adresi