



HİZMETE ÖZEL

AYRICALIKLI İNTERNET ERIŞİMİ HAKKI TALEP FORMU



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ZONGULDAK
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Kodu	Yayımlama Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa
BG.FR.15	01.10.2013	03.05.2019	3	1 / 1

Talep Edilen Ayrıcalık Türü	Ayrıcalıklı İnternet Erişimi <input type="checkbox"/>	
-----------------------------	---	--

KİMLİK TANIMLAMA

Talep Eden Personel:		Değişikliği Yapan Personel:	
		(Müdürlük Personeli tarafından doldurulacaktır.)	
Adı Soyadı	Birimi	Adı Soyadı	Telefon

DEĞİŞİKLİK

AYRICALIKLI ERIŞİM		
Talep Edilen Ayrıcalık	Gerekçe / Açıklama	IP Adresi

YETKİLENDİRME

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü bilgi güvenliği ve bilgi sistemlerinin kullanımına dair Bilgi Güvenliği Politikaları Kılavuzunu okuduğumu, anladığımı ve riayet etme sorumluluğum olduğunu kabul ediyorum. Ayrıcalıklı erişim hakkı isteğinin işlerimi tamamlayabilmem için gerekli olduğunu ve sadece iş amaçlı kullanacağımı ve ayrıcalıklı erişim haklarından doğacak zararların sorumluluğunu kabul ettiğimi beyan ederim.

Başvuran Personel;

Adı Soyadı İmza Tarih E-posta Adresi

Ayrıcalıklı erişim hakkının kurum politikasına uygun ve başvuran personelin işlerini tamamlayabilmesi için gerekli olduğunu, başvuranın statüsü değiştiğinde ayrıcalıklı erişim hakkının iptalini zonguldak@saglik.gov.tr adresine bildireceğimi taahhüt ederim. Ayrıcalıklı erişim hakkı talebinde bulunan personele, erişim hakkı verilmesi uygundur.

Onaylayan;

Adı Soyadı İmza / Kaşe Tarih E-posta Adresi