



KIRIKHAN AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ AYRICALIKLI ERİŞİM HAKKI TALEP FORMU

KOD	BY.FR.09	YAY.TRH	01/10/2019	REV.TRH		REV.NO	00	SAYFA NO	
-----	----------	---------	------------	---------	--	--------	----	----------	--

1. KİMLİK TANIMLAMA

Ayrıcalık Talebi Yapan Personelin;

Adı Soyadı:

Telefonu:

Kullanıcı Adı:

Birimi:

Kullandığı bilgisayarın yerel ip adresi: 10.27.

Değişikliği Yapan Personelin;

Adı Soyadı:

Telefonu:

Birimi:

2. DEĞİŞİKLİK

Talep Edilen Ayrıcalık	Açıklama/Sebeup	Ekle	Kaldır
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

3. YETKİLENDİRME

T.C. Sağlık Bakanlığı 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 bildireceğimi, aksi takdirde bu kullanıcının ayrıcalıklı erişim haklarından doğacak zararların sorumluluğunu kabul ettiğimi beyan ederim.

Birim Sorumlusu

Tarih

Kaşe / İmza

Ayrıcalıklı erişim hakkı talebinde bulunan personele, erişim hakkı verilmesi uygundur.

* Başhekim

Tarih

Kaşe/İmza