



HİZMETE ÖZEL

# SSL VPN İLE KURUM AĞINA ERİŞİM HAKKI TALEP FORMU



KURUM ADI :

Ayrıcalık Talebi Yapan Personelin

Personelin Ünvanı :

Adı Soyadı:

Telefon No:

Kullanıcı Adı:

Birimi:

## YETKİLENDİRME

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

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü ile Samsun 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 [samsun.bim@saglik.gov.tr](mailto:samsun.bim@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