



EDİRNE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

AYRICALIKLI ERİŞİM HAKKI TALEP FORMU



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
EDİRNE
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Kodu	Yayımlama Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa
BG.FR.22.04	08.09.2019			1 / 1

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

KİMLİK TANIMLAMA

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

DEĞİŞİKLİK

AYRICALIKLI ERİŞİM		
Bilgisayar IP Adresi	Gerekçe / Açıklama	Ayrıcalığın Sonlandırılacağı Tarih

YETKİLENDİRME

T.C. Sağlık Bakanlığı Edirne İl Sağlık 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 (saglik.gov.tr)

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

Kurum Amiri / Başhekim;

İmza Kaşe

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ONAY;

Bağlı bulunduğu Başkan;

İmza / Kaşe

Destek Hizmetleri Başkanı;

İmza / Kaşe