



HİZMETE ÖZEL

SSL VPN İLE KURUM AĞINA ERİŞİM HAKKI TALEP FORMU



GENEL KOŞULLAR

- SSL VPN Bağlantısı için tahsis edilen erişim bilgilerinin 3. Taraflar ve Firma/Kurum çalışanları ile paylaşılmamalıdır.
- SSL VPN Talebinde bulunan çalışanın durum değişikliğinde(işten ayrılma, görev değişikliği vb.) Firma/Kurum Yetkilisi İl Sağlık Müdürlüğüne bildirmek zorundadır. Aksi takdirde yasal her türlü sorumluluk Firma/Kurum 'a aittir.
- SSL VPN Kullanıcıları İl Sağlık Müdürlüğü Uzaktan Erişim Prosedürüne uymakla mükelleftir.
- SSL VPN bağlantı dokümanı, kullanıcı adları ve geçici şifreleri ilgili personellerin aşağıda bildirilen e-posta adreslerine gönderilecek olup ilk girişte İl Sağlık Müdürlüğü Parola Politikasına uygun bir şifre ile değiştirmelidir.
- Kurum Personelleri SSL VPN Talep Formu ile beraber imzalanan İl Sağlık Müdürlüğü Personel Gizlilik Sözleşmelerini, Firma Personelleri ise SSL VPN Talep Formu ile beraber imzalanan Personel ve İhale sonrası imzalanan Firma Kurumsal Gizlilik Sözleşmesini göndermelidir.

ERİŞİM YETKİSİ TALEP EDEN PERSONEL BİLGİLERİ

Kurum / Firma Adı:	Telefon Numarası:
Adı Soyadı:	E-Posta Adresi:
T.C Kimlik No:	Domain Adı:
Görev\Unvan:	Statik IP Adresi:
Bağlantı Gerekçesi:	Bağlantı Süresi:

ERİŞİLMEK İSTENEN LAN (Yerel Ağ) BİLGİLERİ

Bilgisayar-Sunucu Adı	IP Adresi	Erişilmek İstlenen Portlar

YETKİLENDİRME

Samsun İl Sağlık Müdürlüğü Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi Politikasını okuduğumu, anladığımı ve riayet etme sorumluluğum olduğunu kabul ediyorum. Ayrıcalıklı erişim hakkı (SSL VPN) 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:
-------------	-------	--------

Ayrıcalıklı erişim hakkının kurum politikasına uygun ve başvuran personelin işlerini tamamlayabilmesi için gerekli olduğunu, başvuranın statüsü değiştiğinde ayrıcalıklı erişim hakkının iptalini samsun.bim@saglik.gov.tr adresine bildireceğimi taahhüt eder, 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 Bilgi Güvenliği Yetkilisi / Firma Yetkilisi:	Kurum Yetkilisi Onay:
Adı Soyadı:	Adı Soyadı:
İmza / Kaşe :	İmza / Kaşe :
Tarih :	Tarih :
E-posta Adresi :	E-posta Adresi:

EK: Personel / Kurumsal Gizlilik Sözleşmeleri

İl Sağlık Müdürlüğü tarafından doldurulacaktır:

Yapılan İşlemler: