



# İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ AYRICALIKLI İNTERNET-ETKİ ALANI ERİŞİM YETKİ TALEP FORMU



Talep Edilen Ayrıcalık Türü

Ayrıcalıklı İnternet Erişimi

Ayrıcalıklı Etki Alanı Erişim Yetkisi

## GENEL KOŞULLAR

- Ayrıcalıklı erişim yetkisi (internet/domain) için tahsis edilen erişim bilgileri hiç kimse ile paylaşılmamalıdır.
- Ayrıcalıklı erişim yetkisi 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.
- Ayrıcalıklı erişim yetkisi kullanıcıları İl Sağlık Müdürlüğü İnternet - Erişim Politikasına uymakla mükelleftir.
- Kullanıcı kendisine tahsis edilen şifreyi ilk girişte İl Sağlık Müdürlüğü Parola Politikasına uygun bir şifre ile değiştirmelidir.

## 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:

## TALEP EDİLEN AYRICALIKLI ERİŞİMLER

Talep Edilen Ayrıcalık	Gerekçe / Açıklama	Sonlandırılacağı Tarih

NOT: Talep edilen ayrıcalık ve gerekçesi detaylı olarak yazılacaktır. (Web Sitesi Adı, USB Yetkisi, Sosyal Medya, Uygulama Adı, vb.)

## YETKİLENDİRME

Samsun İl Sağlık Müdürlüğü Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi Politikasını 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:
-------------	-------	--------

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](mailto: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:	Kurum Yetkilisi
Adı Soyadı:	Adı Soyadı:
İmza / Kaşe :	İmza / Kaşe :
Tarih :	Tarih :
E-posta Adresi :	E-posta Adresi:

İl Sağlık Müdürlüğü tarafından doldurulacaktır: .....

Yapılan işlemler: .....