

	AYRICALIKLI ETKİ ALANI ERİŞİM TALEP FORMU	 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI AĞRI İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
---	--	--

GENEL KOŞULLAR

- Ayrıcalıklı etki alanı kullanıcı için tahsis edilen erişim bilgilerinin 3. Taraflar ve Firma/Kurum çalışanları ile paylaşılmamalıdır.
- Ayrıcalıklı etki alanı erişim 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 etki alanı kullanıcıları İl Sağlık Müdürlüğü Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi (BGYS) Politikasına uymakla mükelleftir.
- Ayrıcalıklı etki alanı kullanıcı şifresi ilk girişte İl Sağlık Müdürlüğü Parola Politikasına uygun bir şifre ile değiştirmelidir.

TALEP EDİLEN AYRICALIKLI ERİŞİMLER

Ayrıcalık	Ayrıcalıklı İnternet Erişim Gerekçesi
☐ Bilgisayarda Yönetici Yetkisi	
☐	

Ağrı 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.

AYRICALIKLI ETKİ ALANI ERİŞİMİ TALEP EDEN PERSONEL BİLGİLERİ

Kurum/Firma Adı:	
T.C. Kimlik No:	
Ad Soyad:	
Görev\Unvan	
Telefon Numarası:	
*E-Posta Adresi:	
İmza:	

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

Tarih :/...../.....

Tarih :/...../.....

Ad Soyad-İmza
**Birim Sorumlusu/Kurum Yetkilisi

Ad Soyad-İmza
Başkan

...../...../.....
OLUR

Ad Soyad-İmza
İl Sağlık Müdürü

* E-Posta adresi kamu personeli için saglik.gov.tr uzantılı kurumsal e-posta adresi olması zorunludur.

**İl Sağlık Müdürlüğü ve başkanlıklara bağlı birimlerde birim sorumlusu imzalar, bağlı sağlık tesislerinden(İSM/TSM/Entegre hastane Halk Sağlığı Lab. vb.) gelen taleplerde ilgili kurum yetkilisi imzalar.