



TRABZON İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
VE BAĞLI SAĞLIK TESİSLERİ
AYRICALIKLI ERİŞİM HAKKI TALEP FORMU



Talep Edilen Ayrıcalık Türü

Ayrıcalıklı İnternet Erişimi

Bilgisayarda Yönetici Yetkisi

KİMLİK TANIMLAMA

Adı Soyadı	
TC Kimlik No	
Cep Telefonu	
E-Posta Adresi	
Çalıştığı Birim	
Görevi / Unvanı	
Bilgisayar Sabit IP'si/Etki alanı /PC kullanıcı adı	

AYRICALIKLI ERİŞİM

Talep Edilen Ayrıcalık	Gerekçe / Açıklama	Ayrıcalığın Sonlandırılacağı Tarih

YETKİLENDİRME

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel 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

İmza

Ayrıcalıklı erişim hakkının kurum politikasına uygun ve başvuran personelin işlerini tamamlayabilmesi için gerekli olduğunu taahhüt ederim. Ayrıcalıklı erişim hakkı talebinde bulunan personele, erişim hakkı verilmesi uygundur.

Birim Amiri/Uzman/Şube Müdürü

...../...../.....

İmza

Başkan Yardımcısı
(Başhekim Yrd./Başhekim)

...../...../.....

İmza

Yukarıda belirtilen değişiklik yapılmıştır. / /

Ad Soyad

İmza

***Ayrıcalıklı erişim hakkı en fazla 1 yıl süre için verilebilmektedir.

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d36bb3d9-a36a-457b-9cf6-eab2a459c620 kodu ile eri ebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.