1. KİMLİK TANIMLAMA

**Ayrıcalık Talebi Yapan Personelin; Değişikliği Yapan Personelin;**

Adı Soyadı: Adı Soyadı:

Telefonu: Telefonu:

Unvanı: Birimi:

Birimi:

Kullandığı bilgisayarın yerel ip adresi: 10.27. …. . ….

1. DEĞİŞİKLİK

|  |  |
| --- | --- |
| **\* Talep Edilen Ayrıcalık/Web Site Adresi/Uygulama** | **\*Açıklama/Sebep** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. YETKİLENDİRME

T.C. Sağlık Bakanlığı Burdur İl Sağlık Müdürlüğü bilgi güvenliği ve bilgi sistemlerinin kullanımına dair politikaları okuduğumu, anladığımı ve bunlara uyma sorumluluğum olduğunu ve bu ayrıcalıklı erişim hakkı isteğinin işlerimi tamamlayabilmem için gerekli olduğunu ve sadece iş amaçlı kullanacağımı beyan ederim.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Talep Edenin İmzası |  |  | Tarih |  |
|  |  |  |  |

Ayrıcalıklı erişim hakkının kurum politikasına uygun ve başvuranın işlerini tamamlayabilmesi açısından gerekli olduğunu başvuranın statüsü değiştiğinde ayrıcalıklı erişim hakkının iptalini bildireceğimi, aksi takdirde bu kullanıcının ayrıcalıklı erişim haklarından doğacak zararların sorumluluğunu kabul ettiğimi beyan ederim.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Birim Sorumlusu  Kaşe / İmza |  |  | Tarih |  |

Ayrıcalıklı erişim hakkı talebinde bulunan personele, erişim hakkı verilmesi uygundur.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| \*\* İdari Yönetici Kaşe/İmza Kaşe / İmza |  |  | Tarih |  |

**\*Talep edilen ayrıcalık kısmın boş bırakılması, personelin işi ile ilgili olmayan ayrıcalıkların talep edilmesi ya da üç imzadan herhangi birisinin eksik olması durumunda ilgili form komisyon tarafından reddedilecektir.**

\*\*İl Sağlık Müdürlüğünde en az Başkan Yardımcısı, hastanelerde Başhekim Yardımcısı, diğer kurum / kuruluşlarda en üst düzey yönetici imzalayacaktır.