1. KİMLİK TANIMLAMA

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

**Adı Soyadı: Adı Soyadı:**

**Telefonu: Telefonu:**

**Kullanıcı Adı: Birimi:**

**Birimi:**

1. DEĞİŞİKLİK

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AYRICALIKLI ERİŞİM** | | | | |
| **Talep Edilen Ayrıcalık** | **Sebep** | **Yetki Seviyesi / Açıklama** | **Ekle** | **Kaldır** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. YETKİLENDİRME

T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul 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.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Personel 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 |  |  | Tarih |  |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| İdari Yönetici |  |  | Tarih |  |