1. KİMLİK TANIMLAMA

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

Adı Soyadı: Adı Soyadı:

Telefonu: Telefonu:

Kullanıcı Adı: Birimi:

Birimi:

Kullandığı bilgisayarın yerel ip adresi: …. . ….

1. DEĞİŞİKLİK

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Talep Edilen Ayrıcalık** | **Açıklama/Sebep** | **Ekle** | **Kaldır** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. YETKİLENDİRME

T.C. Sağlık Bakanlığı Kilis 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  Kaşe / İmza |  |  | Tarih |  |

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

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