KURUM ADI :

Ayrıcalık Talebi Yapan Personelin

Personelin Ünvanı :

Adı Soyadı:

Telefon No:

Kullanıcı Adı:

Birimi:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SN | Erişim Talep Edilen iç IP No | Gerekçe / Açıklama | Süre / Gün |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

 YETKİLENDİRME

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü ile Çorum 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 corum.bilgiislem@saglik.gov.tr adresine bildireceğimi, aksi takdirde bu kullanıcının ayrıcalıklı erişim haklarından doğacak zararların sorumluluğunu kabul ettiğimi beyan ederim. Ayrıcalıklı erişim hakkı talebinde bulunan personele, erişim hakkı verilmesi uygundur

**Kurum Yöneticisi;**

Adı Soyadı İmza / Kaşe Tarih E-posta Adresi

Not: Kurum, personel, yetkilendirme ve imza-onay bölümlerindeki bilgiler eksiksiz doldurulacaktır.