

	HİZMETE ÖZEL AYRICALIKLI ERİŞİM HAKKI TALEP FORMU			
Kodu	Yayınlama tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa
BG.FR.04		17.12.2018	RV.02	1 / 1

KİMLİK TANIMLAMA

Ayrıcalık Talebi Yapan Personel:

Adı Soyadı:

Telefonu:

Kullanıcı Adı:

Birimi:

Değişikliği Yapan Personel:

Adı Soyadı:

Telefonu:

Birimi:

DEĞİŞİKLİK

AYRICALIKLI ERİŞİM

Talep Edilen Ayrıcalık	Sebeup	Yetki Seviyesi / Açıklama	Ekle	Kaldır
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

YETKİLENDİRME

T.C. Sağlık Bakanlığı Bingöl 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