

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI
BATMAN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
AYRICALIKLI ERİŞİM HAKKI TALEP FORMU

1.KİŞİSEL BİLGİLER

T.C No:
Ad-Soyad:
Cep Telefonu:
E-posta Adresi:

2.KURUM BİLGİLERİ

Kurum/Kuruluş/İşyeri Adı:
Çalışılan Birim:
Unvan:
Görev:

3. DEĞİŞİKLİK

AYRICALIKLI ERİŞİM				
Talep Edilen Yetki	Sebeap	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"/>

4.YETKİLENDİRME

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

Talep Eden

Tarih :

İmza :

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

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza: