1. KİMLİK TANIMLAMA Ayrıcalık Talebi Yapan Personelin;

Adı Soyadı:

Telefonu:

Kullanıcı Adı:

Birimi:

1. DEĞİŞİKLİK

Değişikliği Yapan Personelin;

Adı Soyadı:

Telefonu:

Birimi:

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

1. YETKİLENDİRME

T.C. Sağlık Bakanlığı Siirt İl Sağlık Müdürlüğü Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi 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

\*İl Sağlık Müdürlüğünde en az Başkan Yardımcısı, hastanelerde Başhekim Yardımcısı, diğer kurum / kuruluşlarda en üst düzey yönetici imzalayacaktır.