



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

AYRICALIKLI ERİŞİM HAKKI TALEP FORMU

S.B.Ü
GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM
VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ

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

YETKİLENDİRME

S.B.Ü. Diyarbakır Gazi Yaşargil 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 _____