



**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI**  
KOCAELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

## AYRICA ERİŞİM HAKKI TALEP FORMU

Kodu	Yayınlama tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa
PDH.BG.FR.08			--	

Ayrıcalık Talebi Yapan Personelin;		Değişikliği Yapan Personelin;		
Adı Soyadı:		Adı Soyadı:		
Telefonu:		Telefonu:		
Kullanıcı Adı:		Birimi:		
Birimi:		İmza		
Talep Edilen Ayrıcalık	Sebebi	Yetki Seviyesi / Açıklama	Ekle	Kaldır
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T.C. Sağlık Bakanlığı Kocaeli 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 Ad-Soyad/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 Ad-Soyad/İmza \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_

Ayrıcalıklı erişim hakkı talebinde bulunan personele, erişim hakkı verilmesi uygundur.

Kurum Yetkilisi Ad-Soyad/İmza \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_