



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

## PORT AÇMA KAPAMA FORMU

Kodu	Yayınlama tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa
PDH.BG.FR.11			--	

Talebi Yapan Kurum/Birim	Değişikliği Yapan Personelin;
Adı:	Adı Soyadı:
Port Açma Talebi Gerekçesi:	Telefonu:
Dış İp Adresi:	Birimi:
Adresleneceği İç İp Adresi:	İmza

Dış Port No / Aralığı	İç Port No / Aralığı	Kaynak Adres Filtresi	Port Protokolü TCP/UDP/İCMP	Ekle	Kaldır
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<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 Port Açma/Kapama kurum işleyişi için gerekli olduğunu beyan ederim.

Personel Ad-Soyad/İmzası \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_

Port Açma/Kapama işleminin kurum politikasına uygun ve gerekli olduğunu, işleymde değişiklik olduğunda bildireceğimi, aksi takdirde bu port kullanımından doğacak zararların sorumluluğunu kabul ettiğimi beyan ederim.

Birim Sorumlusu Ad-Soyad/İmza \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_

Port Açma/Kapama talebi uygundur.

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