VPN ERİŞİM TALEP FORMU

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
BG.FR.08	03.02.2020			1 / 1

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAKARYA
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

GENEL KOŞULLAR

- SSL VPN Bağlantısı için tahsis edilen erişim bilgilerinin 3. Taraflar ve Firma/Kurum çalışanları ile paylaşılmamalıdır.
- SSL VPN Talebinde bulunan çalışanın durum değişikliğinde (işten ayrılma, görev değişikliği vb.) Firma/Kurum Yetkilisi İl Sağlık Müdürlüğüne bildirmek zorundadır. Aksi takdirde yasal her türlü sorumluluk Firma/Kurum 'a aittir.
- SSL VPN Kullanıcıları Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü Bilgi Güvenliği Politikalarına uymalıdır.
- SSL VPN bağlantı dokümanı, kullanıcı adları ve geçici şifreleri ilgili personellerin aşağıda bildirilen e-posta adreslerine gönderilecektir.
- SSL VPN Talep Formu ile beraber ilgili personelin imzaladığı Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü Personel Gizlilik Sözleşmesi de gönderilmelidir.

Kurumunuz ağına erişim için VPN hesabının açılmasını talep ediyorum. Açılacak VPN hesabı ile aşağıda belirtilen IP/IP Bloğuna erişmek istiyorum. VPN hesabı ile doğabilecek tüm sorumluluğun firmamda ve bende olduğunu, erişim hakkımı yalnızca firmamın hizmet verdiği alanda çalışmalar için kullanacağımı, kurum ağ güvenliğine zarar vermeyeceğimi taahhüt ediyorum. Belirttiğim şartları sağlamadığım takdirde kurum yetkililerinin bu hizmeti durdurabileceğini, inceleme ve yönetme konusunda yetkili olduğunu kabul ediyorum.

Kullanıcı Bilgileri

T.C. Kimlik No	**Adı Soyadı**	**Görevi / Unvanı**	**Cep Telefonu**	**e-Posta Adresi** (kurum ya da firma resmi e-Posta)

VPN Hesabının Açılacağı Tarihi : … … / … … / … …
VPN Hesabının Kapatılacağı Tarih : … … / … … / … …
NOT: Süre en fazla 6 (altı) ay olabilir.

Erişilmek İstenen Ağ / Bilgisayar Bilgileri

Erişilecek Sistem / Sistemler	IP / IP Bloğu	VPN Bağlanma Gerekçesi

Firma / Kurum Personeli – Adı Soyadı – İmza Tarih: … … / … … / … …	Firma / Birim Yetkilisi – Adı Soyadı (Varsa) Kaşe – İmza Tarih: … … / … … / … …
Tarih: … … / … … / … … Uygun Görüşle Adı Soyadı - İmza	

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ONAY

Tarih: … … / … … / … …	Tarih: … … / … … / … … Destek Hizmetleri Başkanı