

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN NO	BY.FR.01
		YAYIN TARİHİ	01.01.2016
	BİLGİ İŞLEM KULLANICI YETKİLENDİRME VE GİZLİLİK ANLAŞMASI FORMU	REVİZYON NO	01
		REVİZYON TARİHİ	15.06.2018
		SAYFA NO	1 / 1

Kullanıcı Bilgileri: (Kullanıcı tarafından doldurulacaktır.)

Sicil No	
T.CKimlikNo	
AdıSoyadı	
Görevi / Görev Yeri	
Kullanıcı Kodu	Kullanıcı Grubu

Yukarıdaki bilgilerin bana ait olduğunu, sorumluluklarım ve görevlerim konusunda bilgilendirildiğimi kabul eder, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) kapsamında kişisel verilerin işlenmesine ilişkin otomasyon sisteminde yer alan ve görevim gereği elde ettiğim tüm kişisel ve sağlık verileri “**GİZLİ BİLGİ**” kapsamında olup bu bilgileri kanunun izin verdiği hâller ve kişiler dışında açıklamayacağımı ve işleme amacı dışında kullanmayacağımı, yazılı, sesli veya görüntülü olarak veya elektronik ortamda kullanmayacağımı, saklamayacağımı, ifşa etmeyeceğimi, ücret bilgisi, hasta bilgisi dahil iş hayatına ilişkin tüm bilgi ve sırları üçüncü şahıslar ve diğer çalışanlar ile hiçbir sebepten dolayı paylaşmayacağımı, yazılı ve görsel basında veya sosyal iletişim mecralarında bu kapsamda herhangi bir paylaşımda bulunmayacağımı, bu yükümlülüğün iş ilişkisinin sona ermesinden sonra da devam edeceğini, gayri kabili rücu bir şekilde kabul, beyan ve taahhüt ederim. Bu taahhüde uymamam hâlinde işverenin ve üçüncü kişilerin tarafıma veya işverenim aleyhine açılacak tüm davalarda maddi ve manevi tüm mesuliyeti ve cezai müeyyideleri gayri kabili rücu bir şekilde kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Yetki Veren / Sonlandıran: (Otomasyon birimi personeli tarafından doldurulacaktır)

Genel Grubun Dışındaki Hakları	
Diğer (Açıklama)	
Yetki Veren/ Yetki Sonlandıran	
AdıSoyadı	İmza:

Birim Yöneticisinin Onayı: (Birim yöneticisi tarafından doldurulacaktır)

AdıSoyadı	Görevi
OnayTarihi	İmza

Yukarıda bilgileri verilen kullanıcının, yöneticisi olduğum birimde görev yaptığını ve HBYS kullanıcısı olarak görev yeri ile ilgili modülleri kullanmaya yetkili olduğunu beyan ederim.

1-) Kullanıcıların güçlü bir parola oluşturmak için aşağıdaki parola özelliklerini uygulamasını tavsiye etmekteyiz.

- a- En az 8 haneli olmalıdır.
- b- İçerisinde en az birer adet harf, sayı, özel karakter (Abc123?...))
- c- Aynı karakterler peş peşe kullanılmamalıdır. (aaa, 111, XXX, ababab...)
- d- Sıralı karakterler kullanılmamalıdır. (abcd, qwert, asdf,1234,zxcvb...)
- e- Kullanıcıyaaitanlam ifade eden kelimeler içermemelidir. (Aileden birisinin, arkadaşının, bir sanatçının, sahip olduğu bir hayvanın ismi, arabanın modeli vb.)

2-) Şifre koruma standartları ile ilgili kurallar aşağıda belirtilmiştir.

- a- Bütün parolalar hastaneye ait gizli bilgiler olarak düşünülür ve kullanıcı, parolalarını hiç kimseye paylaşmamalıdır. "Kullanıcı adı" her kullanıcı için özeldir ve farklı kullanıcılara verilemez.
 - b- Parola kırma ve tahmin etme operasyonları belli aralıklar ile bilgi güvenliği yetkililerince yapılabilir.
 - c- Güvenlik taraması sonucunda parolalar tahmin edilirse veya kırılırsa kullanıcıdan parolasını değiştirmesi talep edilebilir.
 - d- Kullanıcı adı 6 ay süre zarfında hiç işlem görmediği taktirde Otomasyon birimi tarafından aktifliği kaldırılacaktır.
- Yukarıdaki maddeleri okudum ve hastanede çalıştığım süre boyunca bana verilen kullanıcı kodu ve şifre ile yapılan her türlü işlemin sorumluluğunun tarafıma ait olduğunu kabul eder, aksi halde meydana gelebilecek olan bütün zararın sorumluluğunu kabul ettiğimi taahhüt ederim.

Adı Soyadı :

Tarih :// 20.....

İmza :