

Tecnologia da Informação

Formulário para cadastros

(Favor preencher de forma legível, datar e assinar)

Nome			Registro (CRM, COREN, ...)	
Doc. Identidade		CPF		Matrícula
Setor		CNS	Médicos	Ramal
Função/Cargo		Prédio/Andar		PERÍODO DE VALIDADE [] DIAS [] INDEFINIDO

IMPORTANTE: TODOS OS CAMPOS ACIMA DEVEM SER PREENCHIDOS PARA A VALIDAÇÃO DESTE DOCUMENTO.

Aplicações Corporativas

(Assinale os itens abaixo de acordo com a necessidade de acesso/perfil)

REDE E INTERNET/INTRANET	
<input type="checkbox"/>	REDE Ativação de conta para o Instituto Emílio Ribas →Tipo: <input type="checkbox"/> 1-Cadastro (Perfil:.....) 2-Alteração (Login:..... Perfil:) 3-Desbloqueio (Login:.....Motivo:) 4-Suspensão (Login:..... Motivo:) 5-Período de Validade: () Dias () Indefinido
SISTEMAS	
<input type="checkbox"/>	SI3 Sistema Integrado de Informações IIER →Tipo: <input type="checkbox"/> 1-Cadastro (Perfil:.....) 2-Alteração (Login:..... Perfil:) 3-Exclusão (Login:..... Motivo:) 4-Desbloqueio (Login:..... Motivo:) 5-Suspensão (Login:.....Período:Motivo:.....)
<input type="checkbox"/>	Outros Sistemas Informe o sistema: () GSNNet - () Sigh-HC - () Sigh-IAL - () Outro _____ →Tipo: <input type="checkbox"/> 1-Cadastro (Perfil:.....) 2-Alteração (Login:..... Perfil:) 3-Exclusão (Login:..... Motivo:) 4-Desbloqueio (Login:..... Motivo:) 5-Suspensão (Login:.....Período:Motivo:.....)

Carimbo e assinatura do superior imediato (obrigatório)

PARA PREENCHIMENTO NA TI	Registro	Nome	Data	Hora
	Recebimento do formulário		__/__/__	__:__
	Liberção Cad. Rede		__/__/__	__:__
	Liberção Cad. Sistemas		__/__/__	__:__
	Entrega ao usuário		__/__/__	__:__

Destacar para entrega ao solicitante

Nome de Usuário: _____ Recebido pela TI: _____
 Data : _____ E-mail: _____@emilioribas.sp.gov.br (A criação da conta de e-mail institucional esta vinculada a criação do cadastro para acesso a rede. Quando você receber o login para acesso, automaticamente será ativada sua conta de e-mail)

Tecnologia da Informação

Termo de Responsabilidade

1. Os equipamentos deverão ser utilizados, única e exclusivamente, para execução das atividades profissionais relativas à sua área de atuação;
2. Não será permitida a instalação ou utilização de programas de computador não autorizados ou não homologados pela equipe de TI - IIER;
3. Não será permitida a instalação ou utilização de hardware não autorizados ou não homologados pela equipe de TI - IIER;
4. Todas as informações armazenadas no equipamento serão de propriedade da instituição, não devendo, em hipótese alguma, serem distribuídas, copiadas, compartilhadas ou vendidas para quem quer que seja e por qualquer meio, seja ele impresso, ótico, magnético ou ainda transcrito;
5. Nos casos de auditoria ou sindicância, a instituição reservar-se o direito de supervisionar todos os dados transmitidos/recebidos a partir dos equipamentos, não caracterizando quebra de sigilo, uma vez que os recursos colocados à disposição são de propriedade desta;
6. Em caso de falha no equipamento, informar a equipe de TI por meio da Central de Serviços¹, evitando realizar qualquer substituição ou reparo dos componentes (microcomputador, impressoras, baterias, carregadores, antenas, etc.) sem autorização prévia;

Central de Serviços¹

Ponto único de contato entre clientes/usuários e área de TI. Responsável pelo registro dos chamados relacionados a solicitações de serviços ou notificação de falhas e orientações.

Eu declaro que recebi autorização de acesso, através de senha, aos sistemas informatizados do Instituto de Infectologia Emilio Ribas e me comprometo a guardá-la, mantê-la em sigilo, não revelar a terceiros e não permitir indevidamente o acesso a estes dados e informações por pessoas não autorizadas. Reconheço que a infração a este *Termo de Responsabilidade* constitui uma falta funcional punível de acordo com a lei, responsabilizando-me inclusive pelos danos que causar a Instituição ou a terceiros, em decorrência da má utilização ou uso indevido que fizer desta autorização.

São Paulo, ____/____/____

Assinatura e Carimbo (solicitante)