ATTENZIONE : LA PRESENTE RICHIESTA, DEVE ESSERE COMPILATA CON STRUMENTI DI VIDEOSCRITTURA (Word, LibreOffice, etc) ; TUTTI I DATI SONO OBBLIGATORI - NON SARANNO EVASE RICHIESTE INCOMPLETE E/O NON COMPILATE CON STRUMENTI DI VIDEOSCRITTURA

Al Resp.le

*Modulo da compilare ad opera del dipendente*

Area/UOC/UOS/Ref.te ICT ASL

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oggetto: Richiesta accesso remoto

Il sottoscritto …………………...……………………………………..………………………………………………….….

dipendente assegnato alla Area/UOC/UOS

………………...…………………………………………...…………………………………....……………………………

Recapiti per eventuali contatti:

Tel. …………..…………………………..

Indirizzo Posta Elettronica ……………………………………………………

Matricola e codice fiscale ……………………… ………………………………………………….………

**RICHIEDE**

di esere autorizzato ad accedere attraverso connessione remota ai server/sistemi/applicativi e per le necessità di seguito elencati:

|  |  |
| --- | --- |
| *server/sistema/applicativo* | *necessità di collegamento da remoto* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Tabella 1

In relazione ai server/sistemi/applicativi ai quali si richiede l’accesso remoto, fornisce le seguenti informazioni:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *server/sistema/*  *applicativo* | *Indirizzo IP* | *Hostname* | *Porte di accesso* | *Localizzato presso* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Tabella 3

Nel caso in cui la risorsa da raggiungere sia un applicativo web o una risorsa condivisa all’interno della rete, in alternativa e in mancanza di uno o più dei dati riportati nella tabella precedente, è possibile indicare il Link da raggiungere:

|  |  |
| --- | --- |
| *sistema/applicativo* | *Link* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Tabella 4

Il personale autorizzato all’accesso remoto si impegna a:

* Non consentire a terzi, a nessun titolo, l’utilizzo dell’accesso alla rete Aziendale.
* Comunicare immediatamente a questa struttura la disdetta del servizio di accesso remoto alla rete aziendale, per qualsiasi causale, incluse, a titolo puramente indicativo e non esaustivo, l’eventuale compromissione della riservatezza delle credenziali di accesso o il decadere delle condizioni per cui si era reso necessario il servizio.
* Non immettere, trasmettere, utilizzare, diffondere qualsiasi dato che non può essere legalmente distribuito via telematica.
* Evitare attività che producano deliberatamente: abuso di risorse di rete o computazionali anche in termini di tempo dedicato da parte del personale addetto alla sua gestione, danneggiamento o compromissione di dati inclusa la loro diffusione o comunicazione a terzi, violazione della riservatezza di altri utenti, interferenze sul lavoro di altri utenti, altri usi impropri, quali l’introduzione di malware o altri meccanismi di vulnerabilità.
* Garantire di aver installato e debitamente aggiornato sul proprio dispositivo un antivirus o comunque verificato l’assenza di malware, prima di connettersi alla rete.
* Mantenere indenne l’Azienda e l’ESTAR da qualsiasi danno, perdita, costo, responsabilità, e dagli oneri di spesa che dovessero derivare da atti, fatti, comportamenti, omissioni, derivanti dal proprio accesso alla rete Aziendale.

Riconosce, inoltre, al personale ICT di ESTAR:

* La possibilità di procedere in qualsiasi momento a controllare la corretta utilizzazione dell’accesso alla rete, attraverso la ricostruzione dei percorsi telematici effettuati.
* Di interrompere il servizio prestato all’utente per la mancata osservanza degli obblighi assunti, ivi compresa la palese violazione della normativa vigente in tema di uso dei dati e degli strumenti della P.A., fatta salva la possibilità di sua esposizione a sanzioni disciplinari e la facoltà, per ESTAR, di richiedere il risarcimento degli eventuali danni

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | Il richiedente  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Al Resp.le

UOC Reti e Sistemi

*Modulo da compilare ad opera del resp.le struttura/ref.te ICT*

Area ……………………….

ESTAR – Regione Toscana

Il sottoscritto ……………………………...……………………………...………………………………. in qualità di responsabile della struttura/ref.te ICT per la ASL ………...……………………………...……………….………………,

verificata l’avvenuta nomina quale Incaricato al Trattamento dei Dati del dipendente Sig./Sig.ra ………………………….

………………………………………….

**AUTORIZZA**

la UOC Reti e Sistemi a procedere con le attività di competenza finalizzate alla realizzazione del collegamento oggetto della presente richiesta.

VISTO SI AUTORIZZA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_