



POLICLINICO  
UNIVERSITARIO  
AREA SISTEMI  
INFORMATIVI

## Richiesta di accesso alle risorse informatiche (personale interno)

**Nome**

\_\_\_\_\_

**Cognome**

\_\_\_\_\_

**email privata**

\_\_\_\_\_

**Scuola di Specializzazione**

\_\_\_\_\_

**Responsabile di  
Unità Organizzativa**

(a cura degli uffici)

\_\_\_\_\_

Si richiede l'attivazione di un account di Dominio per utilizzo risorse interne con le seguenti tipologie di autorizzazione:

Tipologia di autorizzazione	SI	NO
Accesso alla rete Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Account Posta Elettronica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Data**

\_\_\_\_\_

**Firma Richiedente\***

\_\_\_\_\_

**Segreteria**

(a cura degli uffici)

\_\_\_\_\_

**Firma Resp. Area  
Sistemi Informativi**

(a cura degli uffici)

\_\_\_\_\_

*\* Firmando il presente modulo di Richiesta il richiedente dichiara di aver letto, compreso ed accettato il "Regolamento per l'Accesso alle Risorse Informatiche dell'Università Campus Bio-Medico" disponibile sulla Intranet aziendale.*