



POLICLINICO  
UNIVERSITARIO

AREA SISTEMI  
INFORMATIVI

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

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Area di appartenenza  
Scuola di Specializ. \_\_\_\_\_

Responsabile di  
Unità Organizzativa \_\_\_\_\_

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\* \_\_\_\_\_

Firma Responsabile di  
Unità Organizzativa \_\_\_\_\_

Firma Resp. Area  
Sistemi Informativi \_\_\_\_\_

\* 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.