

Modulo richiesta password di accesso per casi d'urgenza

Pag. 1/2

Alla C.a. : Amministratore di Sistema

Luogo _____ Data _____

Settore/Servizio richiedente : _____

Nome e Cognome del Responsabile : _____

Nome e Cognome del Richiedente : _____

Oggetto: CREDENZIALI DI ACCESSO PER CASI D'URGENZA

Con la presente si richiede una credenziale di accesso

- sul Pc assegnato a _____

- alla email assegnata a _____

mod-password-urgenza

Modulo richiesta password di accesso per casi d'urgenza

Pag. 2/2

per i seguenti motivi :

La password temporanea e relative istruzioni verranno inviate via mail o con modalità differenti da concordare con l'Amministratore di Sistema

Richieste ulteriori:

Il Responsabile / Il Richiedente

mod-password-urgenza

Alla C.a. : Amministratore di Sistema

Luogo _____ *Data* _____

Settore/Servizio richiedente : _____

Nome e Cognome del Responsabile : _____

Oggetto: Credenziali di accesso all'Applicativo/Software

Con la presente si richiede la

- ATTIVAZIONE
- DISATTIVAZIONE

delle seguenti utenze nominative per l'accesso al programma gestionale _____

dal ____/____/____

mod- utenze-gestionali

Modulo richiesta credenziali per accesso a Software Gestionali

Pag. 2/2

Nome	Cognome	Codice Fiscale	Scadenza (fino al)

La password temporanea e relative istruzioni verranno inviate via mail o con modalità differenti da concordare con l'Amministratore di sistema

Richieste ulteriori:

Il Responsabile

mod- utenze-gestionali

Modulo richiesta password di accesso per Rete/Email

Pag. 1/3

Alla C.c. : Responsabile del Servizio Informatico

Luogo _____ Data _____

Settore/Servizio richiedente : _____

Nome e Cognome del Responsabile : _____

Oggetto: CREDENZIALI DI ACCESSO per RETE/EMAIL

Con la presente si richiede la

- ATTIVAZIONE
- DISATTIVAZIONE

mod-utenze-rete-email

Modulo richiesta password di accesso per Rete/Email

Pag. 2/3

delle seguenti utenze nominative per il personale autorizzato a compiere attività istituzionale presso questo Settore/Servizio dal ____/____/____:

Nome	Cognome	Codice Fiscale	User ID	Email	Scadenza

Si richiede inoltre l'attivazione dei profili di accesso alle banche dati come di seguito specificato :

Descrizione Banca Dati	Path accesso in rete	Tipo Privilegio (r/w/fc)
		R=lettura - W=scrittura - FC= pieno controllo
Arca Contabilità	\\contabilita-srv\base	FC

mod-utenze-rete-email

Modulo richiesta password di accesso per Rete/Email

Pag. 3/3

--	--	--

La password temporanea e relative istruzioni verranno inviate via mail o con modalità differenti da concordare con il Responsabile del Servizio Informatico

Richieste ulteriori:

Il Responsabile / Il Richiedente



COMUNE DI SAN VITO LO CAPO
Regione Sicilia

Modulo richiesta¹: Attivazione VPN Disattivazione VPN

Ditta esterna/Servizio di appartenenza:
Cognome e Nome:
Riferimento telefonico:
Funzione/Ruolo:
e-mail:

Si segnala che all'indirizzo indicato verrà inviata una email con le istruzioni e le credenziali necessarie alla connessione

¹ Istruzioni per la compilazione:

Il fornitore, dopo avere compilato completamente la Sezione 1, sottoscritto il documento, potrà inviarlo al Responsabile del Servizio CED via pec o email all'indirizzo _____

Alla richiesta dovrà essere allegata copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente.

Sezione 1: Da compilare a carico della ditta richiedente

1. Tipologia della VPN:

- a. Site to site
- b. VPN Client

2. Obiettivi della VPN:

- a. Manutenzione applicativa Applicazione: _____
- b. Manutenzione sistemistica Sistema : _____
- c. Telelavoro

3. Parametri della VPN da attivare / disattivare:

- a. Indirizzo IP, porte (e protocollo) delle postazioni da raggiungere tramite VPN:
 - 1. IP: . . . PORTA:
 - 2. IP: . . . PORTA:
 - 3. IP: . . . PORTA:
 - 4. IP: . . . PORTA:
 - 5. IP: . . . PORTA:
 - 6. IP: . . . PORTA:



COMUNE DI SAN VITO LO CAPO
Regione Sicilia

b. Indirizzo IP del remote peer (nel caso di attivazione / disattivazione di VPN site to site):

1. IP: . . .

c. Indirizzo IP delle reti remote a cui appartengono le postazioni da cui sarà avviata / rimossa la VPN (nel caso in cui l'accesso debba essere aperto da qualsiasi postazione indicare Network 0.0.0.0 Subnet 0.0.0.0):

1. Network: . . . Subnet:
2. Network: . . . Subnet:
3. Network: . . . Subnet:
4. Network: . . . Subnet:

4. Riferimento fornitore per la gestione delle password della VPN

Cognome				
Nome				
Telefono				
Email				

5. Periodo attivazione VPN : fino al _____

Il Richiedente, identificato con i dati di cui sopra, avendo fatto richiesta di connessione VPN, dichiara sotto la propria responsabilità:

- di essere a conoscenza della natura della connessione;
- di essere a conoscenza di essere connesso alla rete dati del Comune di San Vito Lo Capo e quindi di operare secondo le sue Policy e Regolamenti ;
- di assumersi le responsabilità che derivano dalla connessione in oggetto;
- di comunicare eventuali variazioni alle informazioni di cui sopra all'indirizzo email

Data:

Firma del Richiedente



COMUNE DI SAN VITO LO CAPO
Regione Sicilia

Sezione 2: Autorizzazione, da compilare a cura del Responsabile del Servizio Informatico

Il Responsabile del Servizio CED in relazione alla richiesta esprime parere:

- Favorevole
- Non Favorevole, per i seguenti motivi: _____

Data _____

Firma del Responsabile del Servizio CED
