



دانشگاه علوم پزشکی تهران
دانشکده بهداشت

واحد فناوری اطلاعات

فرم شماره (۱)

عنوان فرم : تقاضای اشتراک در شبکه دانشکده بهداشت (Account)

نام:

نام خانوادگی:

تاریخ تولد:

هیات علمی	دانشجو	کارمند
<input type="checkbox"/> دانشکده بهداشت <input type="checkbox"/> رشته تخصصی: <input type="checkbox"/> گروه آموزشی: <input type="checkbox"/> مرتبه علمی:	<input type="checkbox"/> دانشکده بهداشت <input type="checkbox"/> رشته تحصیلی: <input type="checkbox"/> گروه آموزشی: <input type="checkbox"/> مقطع تحصیلی:	<input type="checkbox"/> دانشکده بهداشت <input type="checkbox"/> واحد اشتغال: <input type="checkbox"/> طرحی

نشانی:

شماره تلفن همراه:

برای صدور شناسه کاربری (User ID) کد ملی خود را در کادر زیر وارد نمایید.

کد ملی										
شماره دانشجویی										

توجه: پس از صدور Account شناسه کاربری قابل تغییر نمی باشد کاربر، پس از ورود به سیستم می تواند رمز عبور خود را تغییر دهند، رمز ورود به اطلاعات شخصی شما در شبکه است ، از واگذاری آن به افراد دیگر خودداری نمایید. در صورت مشاهده ، واحد فناوری اطلاعات شناسه کاربری شما را غیرفعال خواهد نمود و مسئولیتی در قبال از دست رفتن اطلاعات شما نخواهد داشت.

مسئولیت هرگونه فعالیت غیرمجاز و تخریبی در شبکه و کامپیوترها که با Account شما صورت پذیرد بر عهده شما می باشد.

از نگهداری فایل های مهم خود روی Desktop و My Document کامپیوترها خودداری نمایید، زیرا هنگام سرویس و نگهداری ، تمام فایل ها از سیستم پاک سازی می گردد . پس از اتمام کار، سیستم را Sign Out نمایید.

اینجانب

پس از مطالعه ، موارد فوق را تایید می نمایم .

امضای درخواست کننده:

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید.

توضیحات کارشناس و امضاء :

تأیید مدیریت واحد فناوری اطلاعات: