



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO
ÁREA DE INFORMÁTICA
FORMATO DE SOLICITUD DE GESTIÓN DE ACCESOS DE
USUARIOS A LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

FECHA DE LA SOLICITUD: ____/____/____

OFICINA/DEPARTAMENTO: _____

AREA/SERVICIO: _____

Marcar con una (x) la opción correcta

Creación de usuario	<input type="checkbox"/>	Cambio de clave	<input type="checkbox"/>	Desabilitar usuario	<input type="checkbox"/>
Dar privilegios de usuario	<input type="checkbox"/>	Recuperar Clave	<input type="checkbox"/>	Otros accesos	<input type="checkbox"/>

Datos Generales del Usuario Solicitante:

Nombres y Apellidos: _____

Cargo: _____ Oficina Área Departamento: _____

Condición del Trabajador: _____ DNI: _____

Descripción de la Solicitud

Jefe del Dpto. u Oficina Solicitante

Firma y Huella de Usuario

