



MODULO RICHIESTA*

ATTIVAZIONE VPN

DISATTIVAZIONE VPN

Ditta esterna/Struttura/Servizio di appartenenza: _____

Richiedente: _____

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

***Istruzioni per la compilazione:**

Il fornitore, dopo avere compilato completamente la Sezione1, sottoscritto il documento, potrà inviarlo alla P.O. SIA via fax al n. 0881/732296 oppure via pec all'indirizzo protocollo.ospriunitifg@pec.rupar.puglia.it e all'indirizzo e-mail g.piccolo@ospedaliriunitifoggia.it. Alla richiesta dovrà essere allegata copia di un documento d'identità 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: | _____ |
- 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

Nome _____

Cognome _____



Telefono _____

e-mail _____

5. **Periodo attivazione VPN:** dal _____ 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 dell'Azienda Ospedali Riuniti di Foggia 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 e.mail _____.

Foggia, li _____

Il Richiedente _____

Sezione 2: Autorizzazione, da compilare a cura della P.O. SIA

Il Funzionario Responsabile della P.O. SIA in relazione alla richiesta di cui innanzi, esprime il seguente parere:

- FAVOREVOLE
- NON FAVOREVOLE, per i seguenti motivi: _____

Foggia, li _____

Il Responsabile P.O. S.I.A.
