



Form Permohonan Hak Akses SSL-VPN

DETAIL INFORMASI PEMOHON

Nama Lengkap	Kedeputian Wilayah	Mobile Phone
Jabatan	Cabang	E-mail
No Pegawai	Bidang / Kab / Kota	Keperluan

DETAIL HAK AKSES

Periode hak akses (pilih salah satu)		
<input type="checkbox"/> Standar (Berkelanjutan)	<input type="checkbox"/> Sementara (Temporary) dari tanggal	sampai
Saya meminta hak akses ke SSL VPN dibawah ini :		
DAFTAR SIM BPJS KESEHATAN YANG DIAKSES :		

Perjanjian atas tanggung jawab dan penggunaan hak akses

Bahwasanya, saya telah diberikan hak akses ke SSL VPN tersebut diatas dan saya telah membaca syarat dan ketentuan (bagian belakang form) yang berlaku di BPJS Kesehatan. Saya memahami syarat dan ketentuan yang berlaku tersebut.

Tanda Tangan Pemohon	Tanggal
----------------------	---------

Persetujuan Atasan

Dengan menandatangani permohonan ini, Saya menyatakan bahwa tugas dan pekerjaan yang bersangkutan memenuhi persyaratan untuk diberikan hak akses ke SSL VPN tersebut.

Nama Atasan (Asdep/Kacab)	Tanda Tangan	Tanggal
---------------------------	--------------	---------

Persetujuan Pembuatan Hak Akses

Network Engineer : _____

Disetujui Oleh,

Tanggal Pembuatan : _____

TTD : _____

(Asisten Deputi Operasional
Manajemen Asset TI)

Syarat dan Ketentuan Hak Akses Jaringan BPJS Kesehatan

1. Saya akan memperlakukan hak akses SSL VPN sebagai sebuah informasi rahasia dan tidak akan membocorkan/meminjamkan hak akses saya kepada orang lain.
2. Saya dalam menggunakan username dan password tidak memiliki niat dan/atau melakukan tindakan untuk kepentingan pribadi atau tujuan melakukan sesuatu untuk manfaat sendiri, maupun menguntungkan pihak-pihak yang terkait serta tidak memiliki potensi benturan kepentingan (*conflict of interest*) termasuk dengan seluruh pihak yang terlibat dengan tindakan di atas
3. Saya hanya akan menangani hak akses SSL VPN sesuai dengan hak dan wewenang yang telah diberikan.
4. Saya memahami bahwa semua kesepakatan kerahasiaan dan penggunaan hak akses SSL VPN yang saya tandatangani ini akan langsung berlaku dengan segera.
5. Saya akan menginformasikan kepada Kedeputan Bidang Operasional TI melalui email ke deputi.oti@bpjs-kesehatan.go.id cc : omati@bpjs-kesehatan.go.id serta otomatis hak akses SSL VPN akan dicabut apabila :
 - a. Saya tidak lagi memerlukan hak akses dikarenakan perubahan tanggung jawab pekerjaan.
 - b. Saya mengundurkan diri/mutasi/pensiun/ terdapat alasan lain sehingga tidak lagi menjadi pegawai/Duta BPJS Kesehatan.
 - c. Terdapat hal - hal lain yang mengakibatkan hak akses saya harus dinonaktifkan.
6. Saya memahami bahwa Asisten Kedeputan Operasional Manajemen TI akan melakukan audit acak secara berkala untuk memastikan bahwa pengguna telah sesuai menggunakan kewenangan hak akses yang diberikan.
7. Saya telah membaca dan memahami semua persyaratan akses yang tertuang didalam Prosedur Pengelolaan Operasional Teknologi Informasi.
8. Saya memahami bahwa jika saya tidak mematuhi syarat dan ketentuan yang tercantum diatas maka akan mengakibatkan pencabutan hak akses SSL VPN.
9. Saya telah memiliki pemahaman yang cukup tentang berbagai peraturan dan kewajiban normatif lainnya yang terkait dan mematuhi seluruh ketentuan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya tanpa menyembunyikan fakta dan hal material apapun dan saya bertanggungjawab sepenuhnya atas kebenaran dari hal-hal yang saya nyatakan disini. Demikian pula akan bersedia bertanggungjawab baik secara perdata maupun pidana apabila laporan dan pernyataan ini tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya.

Tanda Tangan Pemohon

