**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ATTIVAZIONE SU VPN DIPARTIMENTALE**

Al Direttore del DIMES

Sede

|  |  |
| --- | --- |
| Richiedente **(\*)** |  |
| Codice Fiscale (\*\*\*) |  |
| Qualifica (\*) |  |
| Username richiesta/già in uso **(\*)** |  |
| Nome struttura **(\*)** |  |
| Indirizzo struttura **(\*)** |  |
| E-mail personale **(\*)** |  |
| Telefono interno **(\*)** |  | Telefono personale **(\*)** |  |
| Periodo di utilizzo **(\*\*)** | dal |  | al |   |
| **Responsabile**  |
| Nome e cognome |  |
| Telefono interno |  | E-mail |  |
| Data Firma  |

**(\*) DATI OBBLIGATORI SENZA I QUALI NON SARA' POSSIBILE INOLTRARE LA RICHIESTA PER LA VPN**

**(\*\*) OBBLIGATORIO per: dottorande/i, contrattiste/i a termine, professoresse/i a contratto, visiting professors**

**(\*\*\*) OBBLIGATORIO PER UTENZA PERSONALE**

La/Il sottoscritta/o

* si impegna:
* a non utilizzare quanto richiesto, per scopi diversi da quelli della sua struttura di appartenenza e a non cederli per alcun motivo ad altri.
* a rispettare quanto sancito dalle regole del GARR che consentono l'accesso alla rete GARR esclusivamente per scopi di ricerca. (http://www.garr.it/docs/garr-b-aup.shtml)
* dichiara:
* di essere a conoscenza delle caratteristiche del servizio
* di essere a conoscenza e di accettare le norme del Regolamento per l’uso della rete e della posta elettronica, Decreto DD n. 268/2013 (<http://www.unical.it/portale/portalmedia/2013-03/DD%20268_2013.pdf>)
* di essere a conoscenza e di accettare le norme di buon uso delle risorse di rete, espresse nel documento definito “Netiquette" e di impegnarsi a rispettarle

L’accesso alla VPN dipartimentale rimane attivo per tutta la durata del rapporto di lavoro, salvo disdetta da parte dell'interessata/o, della/del responsabile della struttura o sospensione del servizio per inosservanza delle norme di utilizzo sopra indicate. La validità dell'account è legato all’account del Captive Portal , mentre il certificato ha una durata di 6 mesi e verrà di norma automaticamente eliminato alla scadenza del periodo di validità.

Firma della/del richiedente

 …………………………………………………………….

Visto

(DIRETTORE DEL DIMES)