



DESBLOQUEO - CAMBIO DE CONTRASEÑA SISTEMAS INTEGRADOS

F 103



SOLICITUD

Nombre de usuario _____

SIIF / SIGED / etc. Otro sistema _____

Cambio de contraseña Desbloqueo / Habilitación



SOLICITANTE

Nombre y apellido _____ Correo oficial _____

DNI _____ Teléfono _____ Cargo y/o funcion _____ Fecha _____



ÁREA DE TRABAJO



Secretaría _____

Subsecretaría _____

Dirección _____

Externo _____

Declaro que los datos consignados en este formulario son correctos y completos, sin omitir dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad.

Firma y aclaración
solicitante

Firma y sello
Jefe inmediato

Es responsabilidad del usuario cambiar la contraseña temporal provista por una nueva en el primer ingreso luego de haber solucionado su problema de acceso.

NOTA

El bloque de contraseña se produce luego de 10 (diez) intentos consecutivos de ingreso con contraseña errónea. Aun cuando sucedan en días diferentes

DCyC

USO INTERNO

Cambio de contraseña Fecha _____