

Telefone direto: +351 212 948 596
Extensão interna: 15601

Correio eletrónico:
div.ii.helpdesk@fct.unl.pt

Serviço:
Infraestruturas de computação

Assunto:
Hosting de servidor virtual

Reservado à Divisão de
Infraestruturas Informáticas
Data de registo:

___ / ___ / ____

Número de registo interno:

ID do formulário:

Data de conclusão:

___ / ___ / ____

Assinatura:

Este formulário deverá ser enviado,
devidamente preenchido e assinado
para o endereço de correio
eletrónico:
div.ii.helpdesk@fct.unl.pt

A prestação do serviço pressupõe a
aceitação dos termos e condições do
mesmo.

Para mais informações, consulte:
div-i.fct.unl.pt/formularios

Última revisão: 2023-07-31

Identificação do requerente

Nome completo: _____

Identificador CLIP: _____

Setor: _____

Telefone: _____

Endereço de correio eletrónico: _____

(O requerente deverá ser o responsável técnico para o servidor virtual e possuir um vínculo contratual com FCT NOVA)

Identificação do responsável

Nome completo: _____

Identificador CLIP: _____

Função: _____

Endereço de correio eletrónico: _____

(O responsável deverá ser o presidente de departamento, diretor de centro de investigação ou chefe de divisão do setor acima mencionado).

Descrição

Hosting de servidor virtual

- Criar Alterar (# _____)
 Renovar (# _____) Remover (# _____)

I. Registo de servidor virtual

| Nome (<i>hostname</i>) | Sistema operativo | Tipo de servidor |
|--------------------------|-------------------|------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

II. Rede de dados

Tipo de endereçamento: Endereço IP público Endereço IP privado

Objetivo do endereçamento público (se aplicável)

III. DNS

Registo de domínios:

| Nome (<i>Hostname</i>) | FQDN |
|--------------------------|------|
| | |
| | |
| | |
| | |

IV. Segurança

Autorizações de acesso:

| Origem (1) | Destino (2) | Protocolo (3) |
|------------|-------------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

(1) IP/ FQDN/ Perfil de utilizadores

(2) IP/ FQDN/ Domínio/ URL/ URI

(3) Porto/ Protocolo/ Aplicação

Finalidade do pedido

Validade do serviço

_____ Meses (Limite máximo de 24 meses)

FCT NOVA, ___ / ___ / _____

O Requerente

O Responsável
