**Università degli Studi di Udine**

**Corso di Studi in Infermieristica - sede di Pordenone**

**Modulo richiesta autorizzazione per la raccolta dei dati e pubblicazione tesi sperimentale**

Al Direttore Generale
IRCCS Centro di Riferimento Oncologico
Via Gallini 2
33081 Aviano - PN

La/il sottoscritta/o laureanda/o del Corso di Laurea in Infermieristica – sede di Pordenone dell'Università di Udine _____

Matricola n. _____ Recapito: tel. _____e-mail_____

Sta elaborando la tesi dal titolo

_____

Relatore: _____ Correlatore**:** _____

**CHIEDE**

poter effettuare la sotto indicata attività finalizzata alla tesi (si allega progetto tesi) e dichiara che i dati personali saranno trattati nel rispetto del D. Lgs. 196/2003 (Codice della privacy) e D. Lgs. 101/2018 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali) che verranno pubblicati esclusivamente in forma anonima.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **A) TIROCINIO** | | dal g/m/a | dal g/m/a |
| | | | |
| Presso SOC/SOS/Servizio: | | | |
| **B) Raccolta DATI tramite intervista e/o questionario**<br>(si allega modello intervista/questionario) | | dal g/m/a | al g/m/a |
| | | | |
| Presso SOC/SOS/Servizio: | | | |
| □ agli assistiti | □ ai caregiver | □ altro (specificare) | |
| □ agli infermieri | □ ai medici | | |
| **C) Raccolta dati tramite CONSULTAZIONE DI DOCUMENTAZIONE** | | dal g/m/a | al g/m/a |
| | | | |
| Specificare tipologia di documentazione: | | | |
| FIRMA COORDINATORE<br>CdS in Infermieristica Pordenone<br><br>Data | FIRMA LAUREANDO<br><br>Data | | |

Rev._Mod_15/03/2022

**Università degli Studi di Udine**

**Corso di Studi in Infermieristica - sede di Pordenone**

| | **SI AUTORIZZA** |
|---|---|
| FIRMA DIRETTORE DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA<br><br>Data | |
| FIRMA DIRIGENTE DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE<br><br>Data | |
| FIRMA DIRETTORE DI DIPARTIMENTO<br><br>di…….<br><br>Data | |

## Procedura e Note

### Il laureando:

1. inserisce le informazioni di pertinenza richieste nel presente modulo e **firma** per responsabilità quanto riportato per la richiesta di autorizzazione. Allega alla richiesta il **progetto di tesi firmato dal relatore e gli strumenti di raccolta** dati (questionari/interviste redatti in conformità alle norme per la richiesta di consenso ai destinatari e per la privacy);
2. acquisisce l'autorizzazione del Coordinatore del Corso di Studi, previo appuntamento telefonico o via e-mail;
3. acquisisce le autorizzazioni (Direttore/i Direzione Medica e di Dipartimento/i, Dirigente Professioni Sanitarie) presso le strutture identificate;
4. ottenute le firme di tutte le Strutture consegna, ai fini dell'autorizzazione definitiva, il modulo di richiesta alla Segreteria della Direzione Sanitaria del CRO, la quale dopo aver trattenuto una copia, consegna il documento originale al laureando;
5. deposita il documento **originale**, completo delle autorizzazioni, presso la Segreteria del Corso di Laurea in Infermieristica sede di Pordenone – via Prasecco 3 A – negli orari di ricevimento studenti (lunedì - venerdì dalle ore 9.30 alle ore 11.30).

Il Laureando conserva **copia** del documento completo delle autorizzazioni, al fine di esibirlo se richiesto. L'attività autorizzata, dovrà essere svolta in orari da concordare tra studente e i responsabili della struttura (Coordinatore).

La Segreteria della Direzione Sanitaria del CRO e la Segreteria del Corso di Laurea conservano rispettivamente copia e originale del presente documento di autorizzazione, come da reciproci accordi.