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

Al DIRETTORE GENERALE

Al COORDINATORE SOCIO SANITARIO

ASP Umberto I

Piazza Della Motta, 12

33170 Pordenone (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 di**

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 verranno pubblicati esclusivamente in forma anonima.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **TIROCINIO** | | | | dal g/m/a | | dal g/m/a |
|  | |  |
| Presso la struttura/nucleo/i: | | | | | | |
| 1. **Raccolta DATI tramite intervista e/o questionario e/o mediante griglia di osservazione** (si allega modello intervista/questionario) | | | | dal g/m/a | | al g/m/a |
|  | |  |
| Presso la struttura/nucleo/i: | | | | | | |
| □agli ospiti | □ai familiari/caregiver degli ospiti | | | | | |
| □ agli infermieri | □ agli assistenti | □ ad altre figure (specificare) | | | | |
| **C) Raccolta dati tramite consultazione di documentazione** | | | dal g/m/a | | al g/m/a | |
|  | |  | |
| Presso la struttura/nucleo/i: | | | | | | |
| Specificare tipologia di documentazione: | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| FIRMA COORDINATORE  CdL in Infermieristica sedi di Udine e Pordenone | FIRMA LAUREANDO |
| Data | Data |
| **SI AUTORIZZA** | **DIRETTORE gENeRALE ASP UMBERTO i** |
| Data | FIRMA |
| **SI AUTORIZZA** | **COORDINATORE SOCIO SANITARIO DI STRUTTURA** |
| Data: | Firma |

**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 dal Coordinatore del Corso di Studi, previo appuntamento telefonico o via e-mail;
3. si reca, previo appuntamento telefonico allo 0434 41221, dalla RESPONSABILE dell‘AREA BENESSERE oppure dal COORDINATORE SOCIO SANITARIO DI STRUTTURA della ASP Umberto I per verificare la corretta compilazione del modulo di cui al punto 1;
4. acquisisce le firme del Direttore Generale o suo Delegato e l’autorizzazione del/dei Coordinatore/i Socio Sanitario/i di Struttura;
5. consegna copiadel documento completo delle autorizzazioni al Direttore Generale o suo Delegato;
6. deposita il documento **originale**, completo delle autorizzazioni, presso la Segreteria del Corso di Studi 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.

**La segreteria della Direzione generale** e **la Segreteria del Corso di Studi** conservano rispettivamente copia e originale del presente documento di autorizzazione, come da reciproci accordi.