

Al Direttore Generale
Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
Presidio Ospedaliero Universitario Santa Maria della Misericordia
P.le S. Maria della Misericordia, 15 - 33100 UDINE

La/il sottoscritta/o _____

laureanda/o del Corso di Laurea in _____

specializzanda/o della Scuola di Specializzazione in _____

presso l'Università degli Studi di _____

Matricola n. _____ Recapito: tel. _____ email _____

CHIEDE

di poter effettuare

<input type="checkbox"/> TIROCINIO	dal gg/mm/aa	al gg/mm/aa
Presso SOC/SOS/DPT/Servizio:		

<input type="checkbox"/> Raccolta dati* tramite INTERVISTA e/o QUESTIONARIO	dal gg/mm/aa	al gg/mm/aa
<input type="checkbox"/> agli assistiti		
<input type="checkbox"/> agli operatori di profilo	<input type="checkbox"/> Infermieristico	<input type="checkbox"/> altro (specificare)
	<input type="checkbox"/> Medico	<input type="checkbox"/> altro (specificare)
presso SOC/SOS/DPT/Servizio:		

* da effettuarsi a cura dello studente, senza compromissione delle regolari attività assistenziali

<input type="checkbox"/> Raccolta dati* tramite CONSULTAZIONE DI DOCUMENTAZIONE¹ in formato <input type="checkbox"/> cartaceo <input type="checkbox"/> elettronico	dal gg/mm/aa	al gg/mm/aa
presso SOC/SOS/DPT/Servizio:		
Specificare tipologia di documentazione:		

* da effettuarsi a cura dello studente, senza compromissione delle regolari attività assistenziali

al fine di realizzare la propria tesi di laurea/specialità dal titolo:

Relatore: _____ Correlatore: _____

Allega:

- Progetto di tesi (obbligatorio)
- Strumento di raccolta dati (modello intervista/questionario) (se previsto)
- Consenso informato per la partecipazione alla ricerca (se previsto)
- Informativa sul trattamento dei dati personali (privacy) (se previsto)
- Liberatoria per la pubblicazione della tesi di laurea nella rete intranet aziendale (obbligatorio)

FIRMA Studente	FIRMA Direttore Corso di Laurea/Scuola di Specialità
Data	Data

Consegnare il modulo compilato fino qui alla Direzione Medica² o alla Direzione delle Professioni Sanitarie³

Parte riservata alle Direzioni Medica o delle Professioni Sanitarie

Verificata la completezza e congruità delle informazioni fornite, SI AUTORIZZA lo studente a contattare le strutture coinvolte al fine di ottenerne l'approvazione.

FIRMA e TIMBRO

Data

Parte riservata a SOC/SOS/DPT/Servizio interessati

Il sottoscritto _____

Direttore/Responsabile

della SOC _____

della SOS _____

del Dipartimento _____

del Servizio _____

esaminato il progetto di tesi e verificato che la ricerca non compromette l'andamento delle regolari attività assistenziali, ne AUTORIZZA lo svolgimento presso la propria struttura e individua il seguente TUTOR AZIENDALE di SOC/SOS/DPT/Servizio:

nome e cognome: _____

FIRMA tutor aziendale per accettazione

Data

FIRMA Direttore/Responsabile SOC/SOS/DPT/Servizio

Data

Parte riservata alle Direzioni Medica o delle Professioni Sanitarie

Verificata la fattibilità del progetto illustrato, se ne AUTORIZZA lo svolgimento, specificando che l'attività dovrà essere condotta nel rispetto delle normative vigenti in materia di tutela della privacy. In particolare, l'anonimato dovrà essere garantito dalla fase della raccolta dati, evitando di trasmettere e riportare dati sensibili e/o di produrre copie fotostatiche della documentazione, che dovrà essere consultata esclusivamente presso le strutture di appartenenza (SOC/SOS/DPT/Servizi).

FIRMA e TIMBRO

Data

Note

¹ **Nel caso di raccolta dati da cartelle cliniche**, al presente modulo dovrà essere allegata una richiesta indirizzata al Direttore Sanitario da parte del Direttore di SOC/SOS/DPT/Servizio interessati in cui si specifica l'elenco delle cartelle da consultare (numero nosologico, anno di ricovero e, possibilmente, nome, cognome e data di nascita del paziente). Nel caso di raccolta dati da cartelle cliniche presso l'archivio centrale, la consultazione deve avvenire sotto la diretta sorveglianza del Coordinatore della struttura.

² I **laureandi del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia** e gli **specializzandi** contattano la Direzione Medica allo 0432 552203-2205 e vi si recano per la consegna del modulo e dei rispettivi allegati. La verifica della corretta compilazione del modulo e della completezza della documentazione sarà effettuata dalla Direzione Medica.

³ I laureandi dei **Corsi di Laurea delle professioni sanitarie** contattano la Direzione delle Professioni Sanitarie allo 0432 552220-21 e vi si recano per la consegna del modulo e dei rispettivi allegati. La verifica della corretta compilazione del modulo e della completezza della documentazione sarà effettuata dalla Direzione delle Professioni Sanitarie.

Nel caso di richieste non provenienti dall'Università di Udine, il presente modulo dovrà essere allegato ad una lettera di accompagnamento dell'Ateneo richiedente indirizzata al Direttore Generale in cui si dichiara quali sono le strutture interessate dal progetto, ed inoltre che lo studente fornirà copia dei risultati dell'indagine alla Direzione.

LIBERATORIA PER LA PUBBLICAZIONE DELLA TESI DI LAUREA

Il sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

residente in via/piazza _____

comune _____ (prov.____) C.A.P. /_/_/ /_/_/ /_/_/

In qualità di

laureando del Corso di Laurea in _____

specializzando della Scuola di Specializzazione in _____

della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di _____
(anno accademico /_/_/ /_/_/ - /_/_/ /_/_/)

- **presta il suo consenso** e si impegna ad inviare copia della tesi finale in formato .pdf almeno una settimana prima della discussione ai seguenti indirizzi email:
 - direzionemedica@asufc.sanita.fvg.it (laureandi del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e specializzandi)
 - direzioneinfermieristica@asufc.sanita.fvg.it (laureandi dei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie)
- **nega il suo consenso**

a pubblicare all'interno della rete Intranet dell'ASU FC la propria tesi di laurea allo scopo di mettere a disposizione dell'Azienda i risultati degli studi effettuati all'interno delle strutture dell'Azienda stessa.

Il materiale raccolto sarà disponibile per la sola consultazione e non sarà possibile scaricarlo o copiarlo in formato digitale.

Il titolare del trattamento dei dati è l'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

Data: _____

Firma: _____