Al Direttore/Dirigente

Al Responsabile

*[di Direzione Sanitaria/SOC/altro, in relazione al progetto di tesi]*

e pc Alla Coordinatrice Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche

LORO SEDI

**Oggetto: Tesi di laurea COGNOME NOME – CDLM interAteneo in Scienze Infermieristiche e Ostetriche**

La discussione di una dissertazione scritta (tesi) nell’esame finale di laurea è una delle prove previste dall’Ordinamento didattico del Corso di Laurea Magistrale interAteneo in Scienze Infermieristiche e Ostetriche.

Il/La laureand\* COGNOME NOME ha sviluppato il progetto di tesi dal titolo “….”, in cui ho assunto il ruolo di Relatore/Relatrice e di cui allego il progetto. Poiché nell’ambito di tale progetto sono previste attività di raccolta dati meglio specificate di seguito, con la presente sono a chiedere l’autorizzazione affinché l\* student\* possa accedere alla INDICARE STRUTTURA. Tali attività verranno svolte in orari che saranno concordati direttamente dall\* student\* con i responsabili ed effettuate nel rispetto della normativa su privacy e consenso informato.

A tal fine, preciso che durante la permanenza presso le strutture dell’Ente, il/la tirocinante, in ordine all’assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, è coperto/a dall’assicurazione obbligatoria prevista dall’art. 4, punto 5, del T.U. approvato con D.P.R. 30.06.1965, n. 1124. Inoltre, l’Università integra la copertura assicurativa dei tirocinanti contro gli infortuni sul lavoro e per la Responsabilità Civile con polizze stipulate per la generalità degli studenti.

Per ogni contatto con il/la laureando/a, si fornisce la sua e-mail: …

Si ringrazia anticipatamente per la collaborazione e si porgono distinti saluti.

IL RELATORE/LA RELATRICE

Allegato:

1. progetto tesi
2. scheda riassuntiva delle attività di cui si chiede l’autorizzazione, con spazi per apporre la firma autorizzativa.

Udine/Trieste, XX, XXX, 2024

Il/la sottoscritt\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ laureand\* del Corso di Laurea Magistrale interAteneo in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, iscritt\* presso l’Università degli Studi di 􀂅 Udine 􀂅 Trieste

Matricola n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sta elaborando la tesi dal titolo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relatore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Correlatore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

 **di poter effettuare la sottoindicata attività** **finalizzata alla tesi** (si allega progetto di tesi)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **STAGE, in presenza per raccolta dati tramite OSSERVAZIONE**

(il modello osservazione con modulo di consenso è allegato al progetto di tesi) | dal g/m/a | dal g/m/a |
|  |  |
|  □ agli assistiti  |
|  □ agli operatori di profilo  | □ Infermiere/ostetrica | □ altro (specificare)  |
| □ Medico | □ altro (specificare)  |
| Presso SOC/SOS/Clinica: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **B) Raccolta dati tramite INTERVISTA e/o QUESTIONARIO**(il modello intervista/questionario con modulo di consenso è allegato al progetto di tesi) | dal g/m/a | al g/m/a |
|  |  |
|  □ agli assistiti  |
|  □ agli operatori di profilo  | □ Infermiere/ostetrica | □ altro (specificare)  |
| □ Medico | □ altro (specificare)  |
| Presso SOC/SOS/Clinica: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Raccolta dati tramite CONSULTAZIONE DI DOCUMENTAZIONE**

(la griglia o lo strumento di raccolta dati che sarà usata/o per consultare la documentazione è allegata/o al progetto di tesi) | dal g/m/a | al g/m/a |
|  |  |
| Presso SOC/SOS/Clinica: |
| Specificare tipologia di documentazione che si chiede di consultare: |

|  |  |
| --- | --- |
| FIRMA RELATORE/RELATRICE | FIRMA LAUREANDO/LAUREANDA |
|  |  |
| Data | Data |
| SI AUTORIZZA | SI AUTORIZZA |
| FIRMA RESPONSABILE Medico\* SOC/SOS/Clinica: | FIRMA RESPONSABILE Infermieristico/ostetrico\*SOC/SOS/Clinica: |
|  |  |
| Data | Data |
| SI AUTORIZZA |  |
| FIRMA DIRIGENTE Direzione Professioni Sanitarie |
|  |
| Data |

\*può essere raccolta solo una autorizzazione, in accordo ai livelli di responsabilità identificati ed alle finalità della tesi.

**Procedura e Note**

1. **Il/La Laureand\***

1. Inserisce le informazioni di pertinenza richieste dal presente modulo (da redigersi in **due** originali: uno per lo studente ed uno per la segreteria del CDLM) e firma per responsabilità di quanto riportato e per la richiesta di autorizzazione. Di norma predispone una richiesta per ogni Unità Operativa interessata quando l’azienda di afferenza è la stessa.

2. Acquisisce inizialmente l’autorizzazione del Relatore aiutandolo/a a predisporre anche la lettera di accompagnamento all’istanza di autorizzazione consultando la Segreteria del Dipartimento di afferenza per acquisire l’eventuale numero di protocollo.

3. Procede quindi di persona a raggiungere gli interessati identificati nella lettera di accompagnamento e nel progetto, per acquisire le autorizzazioni ad effettuare le attività finalizzate alla elaborazione della tesi incaricandosi di informare e fornire, se richiesto, ulteriore documentazione oltre al progetto di tesi.

4. Dopo aver ottenuto tutte le autorizzazioni,

- *per ASUFC*: porta il modulo (allegato qui sopra) compilato in tutte le sue parti presso la Segreteria della Direzione delle Professioni Sanitarie (DPS - Padiglione n. 1 - 3° piano Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale – dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00) per:

 -verifica di corretta compilazione del modulo;

 -compilazione della “Liberatoria per la pubblicazione della tesi di laurea” (allegata qui sotto) richiesta dall’ASUFC, in cui si impegna a prestare/negare il suo consenso per la pubblicazione nella rete intranet aziendale della tesi di laurea. Il titolare del trattamento dei dati è l’Ufficio Relazioni con il Pubblico della stessa Azienda.

*- per ASUGI:* porta il modulo (allegato qui sopra) compilato in tutte le sue parti presso la Segreteria della Direzione delle Professioni Sanitarie Area Giuliana (DPS – Ospedale di Cattinara, Strada di Fiume n.447 – Palazzina ex Direzione Generale 1° piano, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00) per:

 -verifica di corretta compilazione del modulo;

 -compilazione della “Liberatoria per la pubblicazione della tesi di laurea” (allegata qui sotto) richiesta dall’ASUGI, in cui si impegna a prestare/negare il suo consenso per la pubblicazione nella rete intranet aziendale della tesi di laurea. Il titolare del trattamento dei dati è l’Ufficio Relazioni con il Pubblico della stessa Azienda.

*- per ASUGI:* porta il modulo (allegato qui sopra) compilato in tutte le sue parti presso la Segreteria della Direzione delle Professioni Sanitarie Area Isontina (Direzione Generale – Parco Basaglia via V. Veneto 174, 34170 Gorizia 1° piano palazzina A, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00) per:

 -verifica di corretta compilazione del modulo;

 -compilazione della “Liberatoria per la pubblicazione della tesi di laurea” (allegata qui sotto) richiesta dall’ASUGI, in cui si impegna a prestare/negare il suo consenso per la pubblicazione nella rete intranet aziendale della tesi di laurea. Il titolare del trattamento dei dati è l’Ufficio Relazioni con il Pubblico della stessa Azienda.

5. Il laureand\* iscritto/a presso la sede di Udine deposita **un originale** del presente modulo, completo delle autorizzazioni, presso gli uffici del Servizio Supporto alla Didattica – via Colugna n. 50 – 2° piano – Udine - negli orari di ricevimento studenti.

6. Il laureand\* iscritto/a presso la sede di Trieste deposita **un originale** del presente modulo, completo delle autorizzazioni, presso la Segreteria del CDLM in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche – Ospedale di Cattinara - Strada di Fiume n. 447 - Trieste – negli orari di ricevimento studenti.

7. Il laureand\* invia una copia del documento completo delle autorizzazioni (lettera+ *form* firmato + progetto) alla Coordinatrice e ne conserva una copia per allegarlo alla tesi.

**8. Non saranno autorizzate procedure di raccolta dati in assenza del percorso autorizzativo descritto.**

**B. L’Ufficio della Direzione Professioni Sanitarie e la Segreteria del Corso di Laurea Magistrale**

conservano rispettivamente copia e originale del presente documento di autorizzazione, come da reciproci accordi.

**L’attività richiesta sarà svolta in orari che saranno concordati direttamente con i Responsabili della Struttura, effettuata nel rispetto della normativa su privacy e del consenso informato ove previsto.**

**LIBERATORIA PER LA PUBBLICAZIONE DELLA TESI DI LAUREA**

Il/La sottoscritt\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\* a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di laureand\* del Corso di Laurea Magistrale Interateneo in Scienze Infermieristiche e Ostetriche,

(anno accademico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

* presta il suo consenso
* nega il suo consenso

a pubblicare all’interno della rete Intranet la tesi di laurea allo scopo di mettere a disposizione dell’Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare la denominazione 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 dell’Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare la denominazione dell’azienda).

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I dati personali sono raccolti e trattati nel pieno rispetto del D.Lgs. 196/03.