



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

AAS 5 "Friuli Occidentale"

Via Vecchia Ceramica,1

Pordenone

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

Matricola n. _____ Recapito: tel. _____ email _____

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); che i dati verranno pubblicati esclusivamente in forma anonima.

FIRMA RAFF CdS in Infermieristica Pordenone	FIRMA LAUREANDO
Data	Data
FIRMA DIRIGENTE Area Infermieristica	
Data	



Università degli Studi di Udine

Corso di Studi in Infermieristica - sede di Pordenone

A) TIROCINIO	dal g/m/a	dal g/m/a
Presso Distretto/Dipartimento/SOC/SOS/Servizio:		

B) Raccolta dati tramite INTERVISTA e/o QUESTIONARIO (si allega modello intervista/questionario)	dal g/m/a	al g/m/a
Presso Distretto/Dipartimento /SOC/SOS/Servizio:		
<input type="checkbox"/> agli assistiti		
<input type="checkbox"/> agli operatori del profilo	<input type="checkbox"/> Infermieristico <input type="checkbox"/> Medico	<input type="checkbox"/> altro (specificare)
AREA OSPEDALIERA	AREA TERRITORIALE	
SI AUTORIZZA	SI AUTORIZZA	
FIRMA DIRETTORE DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA	FIRMA RESPONSABILE MEDICO DI DISTRETTO/DIPARTIMENTO	
Data	Data	

C) Raccolta dati tramite CONSULTAZIONE di DOCUMENTAZIONE	dal g/m/a	al g/m/a
Presso Distretto/Dipartimento /SOC/SOS/Servizio:		
Specificare tipologia di documentazione:		
AREA OSPEDALIERA	AREA TERRITORIALE	
SI AUTORIZZA	SI AUTORIZZA	
FIRMA DIRETTORE DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA	FIRMA RESPONSABILE MEDICO DI DISTRETTO/DIPARTIMENTO	
Data	Data	

SI AUTORIZZA Firma RESPONSABILE Medico di Distretto/Dipartimento/SOC/SOS/Servizio	SI AUTORIZZA Firma RESPONSABILE Infermieristico Distretto/Dipartimento /SOC/SOS/Servizio:
Data	Data



Università degli Studi di Udine

Corso di Studi in Infermieristica - sede di Pordenone

SI AUTORIZZA responsabili medici	SI AUTORIZZA responsabili infermieristici
Firma RESPONSABILE Medico Distretto/Dipartimento /SOC/SOS/Servizio	Firma RESPONSABILE Infermieristico Distretto/Dipartimento /SOC/SOS/Servizio:
Data	Data
SI AUTORIZZA	SI AUTORIZZA
Firma RESPONSABILE Medico Distretto/Dipartimento /SOC/SOS/Servizio	Firma RESPONSABILE Infermieristico Distretto/Dipartimento /SOC/SOS/Servizio:
Data	Data

Procedura e Note

1. Il laureando inserisce le informazioni di pertinenza richieste dal presente modulo e firma per responsabilità di quanto riportato e per la richiesta di autorizzazione. Predispose una richiesta per ogni struttura interessata (dipartimenti) ad esclusione del caso in cui ci sia un unico responsabile medico e infermieristico. Allega alla richiesta il progetto di tesi firmato dal relatore e gli eventuali strumenti di raccolta dati (questionari/interviste redatti in conformità alle norme per la richiesta di consenso ai destinatari e per la privacy).

2. Il laureando acquisisce l'autorizzazione del RAFFP del Corso di Studi previo appuntamento telefonico o via e-mail ed effettua la compilazione "Liberatoria per la pubblicazione della tesi di laurea".

3. Il laureando Si reca, su appuntamento, presso il Servizio Infermieristico Aziendale per:

- a) verifica di corretta compilazione del modulo/i di cui al punto 1;
- b) presenza degli allegati (protocollo, strumenti raccolta dati e consenso privacy).

Il Dirigente del Servizio Infermieristico Aziendale firma il documento per presa visione.

4. Il laureando acquisisce le successive autorizzazioni (Direttori di Distretto/Dipartimento/SOC/SOS/Servizi, Responsabili Infermieristici Dipartimentali o di Distretto, Coordinatori di SOC/SOS/Servizi) presso le strutture identificate.

5. Il laureando consegna copia del documento completo delle autorizzazioni al Servizio Infermieristico Aziendale.

6. Lo studente 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.

7. Successivamente lo studente **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.

8. Il Servizio Infermieristico Aziendale e la Segreteria del Corso di Studi conservano rispettivamente copia e originale del presente documento di autorizzazione, come da reciproci accordi.