**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) e verranno pubblicati esclusivamente in forma anonima.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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: |
| □ 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 |
|  |  |
| Presso Distretto/Dipartimento /SOC/SOS/Servizio: |
| Specificare tipologia di documentazione: |

|  |  |
| --- | --- |
| FIRMA RAFP CdS in Infermieristica Pordenone | FIRMA LAUREANDO |
| Data | Data |
| FIRMA DIRIGENTE Area InfermieristicaData |

|  |  |
| --- | --- |
| **AREA OSPEDALIERA** | **AREA TERRITORIALE** |
| **SI AUTORIZZA** | **SI AUTORIZZA** |
| firma direttorE DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERAData | FIRMA RESPONSABILE MEDICO DI DISTRETTO/DIPARTIMENTOData |

|  |  |
| --- | --- |
| **AREA OSPEDALIERA** | **AREA TERRITORIALE** |
| **SI AUTORIZZA** | **SI AUTORIZZA** |
| firma direttorE DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERAData | FIRMA RESPONSABILE MEDICO DI DISTRETTO/DIPARTIMENTOData |
| **SI AUTORIZZA** | **SI AUTORIZZA** |
| Firma RESPONSABILE MEDICO DI DIPARTIMENTO di … | Firma RESPONSABILE Infermieristico Distretto/Dipartimento … |
|  |  |
| Data | Data |
| **SI AUTORIZZA**  | **SI AUTORIZZA**  |
| Firma RESPONSABILE MEDICO DI SOC/SOS/Servizio di …Data | Firma RESPONSABILE Infermieristico del Servizio di …Data |
| **SI AUTORIZZA** | **SI AUTORIZZA** |
| Firma COORDINATORE SOC/SOS/Servizio di…Data | Firma COORDINATORE Infermieristico del Servizio di …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 RAFP del Corso di Studi, previo appuntamento telefonico o via e-mail;
3. si reca, su appuntamento, presso il Servizio Infermieristico Aziendale per verificare la corretta compilazione del modulo/i di cui al punto 1 e per far firmare tale modulo al Dirigente del Servizio Infermieristico Aziendale per presa visione;
4. a seguire, acquisisce le autorizzazioni (Direttori di Distretto/Dipartimento, SOC/SOS/Servizi, Responsabili Infermieristici Dipartimentali o di Distretto, Coordinatori di SOC/SOS/Servizi) presso le strutture identificate;
5. ottenute tutte le firme, consegna copiadel documento completo delle autorizzazioni al Servizio Infermieristico Aziendale;
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.

**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.