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

 Al Direttore

 Al Coord. Sanitario

 A.S.P. Cordenonese Arcobaleno Via Cervel, 68

 33084 Cordenons (PN)

La/il sottoscritta/o laureanda/o del Corso di Laurea 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **TIROCINIO**
 | dal g/m/a | dal g/m/a |
|  |  |
| Presso reparto/modulo/servizio: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **B) 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 reparto/modulo/servizio: |
| □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 reparto/modulo/servizio: |
| Specificare tipologia di documentazione: |

|  |  |
| --- | --- |
| FIRMA RAFP CdL in Infermieristica Pordenone | FIRMA LAUREANDO |
|  |  |
| Data | Data |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SI AUTORIZZA**  | **DIRETTORE**  |
| Data | FIRMA  |
| **SI AUTORIZZA**  | **COORDINATORE**  |
| 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 del RAFP del Corso di Studi, previo appuntamento telefonico o via e-mail;
3. **su indicazione del RAFP,** contatterà il referente dell’A.S.P. Cordenonese per verificare la corretta compilazione del modulo di cui al punto 1 e acquisire tutte le firme necessarie consegna copiadel documento completo delle autorizzazioni al Direttore Generale o suo Delegato;
4. una volta acquisite tutte le firme consegna copiadel documento completo delle autorizzazioni al referente indicato dalla RAFP;
5. 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.