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

Al Direttore Generale

IRCCS Centro di Riferimento Oncologico

Via Gallini 2

33081 Aviano - PN

La/il sottoscritta/o laureanda/o del Corso di Laurea in Infermieristica – sede di Pordenone dell’Università di Udine \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Matricola n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recapito: tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sta elaborando la tesi dal titolo

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

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

**CHIEDE**

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 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 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 | |
|  | |  | |
| Specificare tipologia di documentazione: | | | | | | | | |
| FIRMA COORDINATORE  CdS in Infermieristica Pordenone | | FIRMA LAUREANDO | | | | | | |
| Data | | Data | | | | | | |
| FIRMA RESPONSABILE CAF E Referente Rapporti con le Università e Scuole  Data | | | | | | | | |
| **SI AUTORIZZA** | | | **SI AUTORIZZA** | | | | | |
| firma direttorE DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA  Data | | |  | | | | | |
| Firma RESPONSABILE MEDICO DI DIPARTIMENTO di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data | | | Firma RESPONSABILE INFERMIERISTICO DI DIPARTIMENTO di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma RESPONSABILE Medico SOC/SOS/Servizio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data | Firma RESPONSABILE Infermieristico SOC/SOS/Servizio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data |
| Firma RESPONSABILE Medico SOC/SOS/Servizio  Data | Firma RESPONSABILE Infermieristico SOC/SOS/Servizio:  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 Coordinatore del Corso di Studi, previo appuntamento telefonico o via e-mail;
3. si reca presso il Centro Attività Formative (CAF) del CRO, situato presso la palazzina degli Uffici Amministrativi dell’Istituto, 2° Piano, entrata B, a sinistra del parcheggio B per dipendenti, previo appuntamento telefonico al n. 0434 659407, per verificare la corretta compilazione del modulo/i di cui al punto 1;
4. acquisisce le successive autorizzazioni (Direttori di Dipartimento/SOC/SOS/Servizi, Responsabili Infermieristici Dipartimentali o di Distretto, Coordinatori di SOC/SOS/Servizi) presso le strutture identificate;
5. ottenute tutte le firme di tutte le strutture consegna, ai fini dell’autorizzazione definitiva, il/i modulo/i di richiesta alla Segreteria della Direzione Sanitaria del CRO, la quale dopo aver trattenuto una copia, consegna il documento originale allo studente;
6. deposita il documento **originale**, completo delle autorizzazioni, presso la Segreteria del Corso di Laurea 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 (Coordinatore).

La Segreteria della Direzione Sanitaria del CRO e la Segreteria del Corso di Laurea conservano rispettivamente copia e originale del presente documento di autorizzazione, come da reciproci accordi.