



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

Casa di Cura Privata

Policlinico San Giorgio S.P.A

Via Gemelli 10

33170 Pordenone

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.

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

B) Raccolta DATI tramite intervista e/o questionario	dal g/m/a	al g/m/a
	(si allega modello intervista/questionario)	
Presso 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)



Università degli Studi di Udine

Corso di Studi in Infermieristica - sede di Pordenone

C) Raccolta dati tramite CONSULTAZIONE DI DOCUMENTAZIONE	dal g/m/a	al g/m/a
Presso SOC/SOS/Servizio:		
Specificare tipologia di documentazione:		

FIRMA RAFF CdL in Infermieristica Pordenone	FIRMA LAUREANDO
Data	Data
FIRMA DIRIGENTE Direzione SITRA (Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo dell'Assistenza)	
Data	

SI AUTORIZZA	SI AUTORIZZA
Firma RESPONSABILE Medico SOC/SOS/Servizio	Firma RESPONSABILE Infermieristico SOC/SOS/Servizio:
Data	Data
SI AUTORIZZA	SI AUTORIZZA
Firma RESPONSABILE Medico SOC/SOS/Servizio	Firma RESPONSABILE Infermieristico SOC/SOS/Servizio:
Data	Data
SI AUTORIZZA Firma DIRETTORE SANITARIO	
Data	



Università degli Studi di Udine

Corso di Studi in Infermieristica - sede di Pordenone

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 la segreteria della Direzione Infermieristica/Professioni Sanitarie del POLICLINICO SAN GIORGIO S.P.A - CASA DI CURA PRIVATA Via Gemelli 10 -Pordenone - piano 5^ (St. n. 58) dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00, per la verifica di 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 Dipartimento, SOC/SOS/Servizi, Responsabili Infermieristici Dipartimentali, Coordinatori di SOC/SOS/Servizi) presso le strutture identificate;
5. ottenute tutte le firme, **consegna copia** del documento completo delle autorizzazioni alla Segreteria della Direzione SITRA. La direzione SITRA, 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 Studi in Infermieristica sede di Pordenone – via Prasecco 3 A – negli orari di ricevimento studenti.

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 SITRA e **la Segreteria del Corso di Studi** conservano rispettivamente copia e originale del presente documento di autorizzazione, come da reciproci accordi.