**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.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | |
| □ agli operatori del profilo | □Infermieristico □Medico | □ altro (specificare) | | | | | |
| **C) Raccolta dati tramite CONSULTAZIONE DI DOCUMENTAZIONE** | | | dal g/m/a | | | al g/m/a | |
|  | | |  | |
| Presso SOC/SOS/Servizio: | | | | | | | |
| Specificare tipologia di documentazione: | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FIRMA COORDINATORE  del CdL Infermieristica sedi di Udine e 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 | | |

**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, appuntamento, presso la segreteria della Direzione Infermieristica/Professioni Sanitarie del POLICLINCO 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.