**Procedura autorizzazione per la raccolta dei dati e pubblicazione tesi di ricerca**

 Al Direttore Generale

 AAS 5 “Friuli Occidentale”

 Via Vecchia Ceramica,1

 Pordenone

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_laureanda/o del Corso di Studi (CdS) in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Matricola n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recapito: tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sta elaborando la tesi dal titolo

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

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

**Relatore/Relatrice:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Correlatore/correlatrice:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

### di poter effettuare la sotto indicata attività finalizzata alla tesi (di cui si allega il progetto approvato dal Relatore/Relatrice Correlatore/Correlatrice) e dichiara che i dati personali saranno trattati nel rispetto del D. Lgs. 196/2003 (Codice della privacy) e del [D. Lgs. 101](http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2018-09-04&atto.codiceRedazionale=18G00129&elenco30giorni=true)/2018 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali) che verranno pubblicati esclusivamente in forma anonima.

|  |  |
| --- | --- |
| FIRMA COORDINATORE CdS in Infermieristica sedi coordinate di Udine e Pordenone | FIRMA LAUREANDO/A |
| Data | Data |
| FIRMA RESP. SERV. PROF.LE ASSISTENZA INF. E OST. A.A.S. 5 Friuli Occidentale | Data |
|  |  |

|  |
| --- |
| **A) Raccolta dati tramite INTERVISTA e/o QUESTIONARIO** |

|  |  |
| --- | --- |
| PRESSO: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Al: | * PERSONALE (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_
 | * ASSISTITI
 | ALTRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | DIRETTORE STRUTTURA | DIRETTORE STRUTTURA | DIRETTORE STRUTTURA |
|  | DIRETTORE STRUTTURA | DIRETTORE STRUTTURA | DIRETTORE STRUTTURA |
| **SI AUTORIZZA** | **SI AUTORIZZA** |
| firma direttorE DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA (dmo)Data | FIRMA DIRETTORE DIPARTIMENTO ASSISTENZA PRIMARIA AZIENDALE (DAPA)Data |

|  |
| --- |
| **B) Raccolta dati tramite consultazione di DOCUMENTAZIONE** |
| PRESSO: |
| TIPOLOGIA DI DOCUMENTAZIONE: |
| **AREA OSPEDALIERA** | **AREA TERRITORIALE** |
| **SI AUTORIZZA** | **SI AUTORIZZA** |
| firma direttorE DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA (dmo)Data | FIRMA DIRETTORE DIPARTIMENTO ASSISTENZA PRIMARIA AZIENDALE (DAPA)Data |

1. **Procedura** **RACCOLTA DEI DATI TRAMITE INTERVISTA E/O QUESTIONARIO**

**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 dal Coordinatore del Corso di Studi, previo appuntamento telefonico o via e-mail;
3. si reca presso il Servizio Infermieristico Aziendale, previo appuntamento telefonico con il Responsabile del Servizio Professionale dell’assistenza infermieristica e Ostetrica – dr. Luciano Clarizia al 329 2106694, per verificare la corretta compilazione del modulo/i di cui al punto 1 e per fargli firmare tale modulo per presa visione;
4. a seguire, previo appuntamento con il/i Coordinatore/i (o i Responsabili Infermieristici di Dipartimento), acquisisce la/e firma/e del/i Direttore/i di tutte le strutture identificate nel progetto di Tesi;
5. acquisisce l’autorizzazione, in base alle sedi indicate, del Direttore della Direzione Medica Ospedaliera (DMO) oppure del Direttore del Dipartimento Assistenza Primaria Aziendale (DAPA) per l’area territoriale, tramite le seguenti segreterie:
	1. DMO PN dott.ssa Barbara Lodi o Sig.ra Pasut tel. 0434 399201
	2. DMO San Vito al T. dr. Maurizio Coassin tel. 0434 841203
	3. DMO Spilimbergo signora Giuseppina Giordani tel. 0427 595630;
	4. DAPA segreteria della Direzione generale via vecchia Ceramica tel. 0434 369 917/918;
6. ottenute le firme, lo studente consegna il documento originale completo delle autorizzazioni e degli allegati per la sua protocollazione presso l’ufficio Protocollo dell’AAS n. 5 in Via Vecchia Ceramica 1, III piano st. 315: dalle 8.30 alle 12.30 e dalle 13.30 alle 16.00 - lunedì- giovedì; dalle 8.30 alle 13.00 il venerdì;
7. ottenuta la protocollazione, 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.

Da questo momento è autorizzato a svolgere l’attività richiesta presso la/e Struttura/e individuata/e.

1. **Conserva copia** del documento completo delle autorizzazioni, al fine di esibirlo se richiesto, durante la rilevazione dati. L’attività autorizzata, dovrà essere **svolta in orari da concordare tra studente e i responsabili della struttura**.
2. **Procedura** **RACCOLTA DATI TRAMITE CONSULTAZIONE DI DOCUMENTAZIONE**

**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 lo strumento di raccolta dati** specificando la finestra temporale della documentazione da consultare, struttura e DRG di dimissione.
2. acquisisce l’autorizzazione dal Coordinatore del Corso di Studi, previo appuntamento telefonico o via e-mail;
3. si reca presso il Servizio Infermieristico Aziendale, previo appuntamento telefonico con il Responsabile del Servizio Professionale dell’Assistenza Infermieristica e Ostetrica – dr. Luciano Clarizia al 329 2106694, per verificare la corretta compilazione del modulo di cui al punto 1 e per fargli firmare tale modulo per presa visione;
4. acquisisce l’autorizzazione alla consultazione delle cartelle cliniche archiviate (ovvero di pazienti dimessi) del Direttore della Direzione Medica Ospedaliera (DMO) oppure del Direttore del Dipartimento Assistenza Primaria Aziendale (DAPA) per l’area territoriale, tramite le seguenti segreterie:
	1. DMO PN dott.ssa Lodi o Sig.ra Pasut tel. 0434 399201
	2. DMO San Vito al T. dott. Coassin tel. 0434 841203
	3. DMO Spilimbergo signora Giordani tel. 0427 595630;
	4. DAPA segreteria della Direzione generale via vecchia Ceramica tel. 0434 369 917/918;

Si precisa che le cartelle cliniche presenti nell’Archivio sanitario dell’AAS n. 5 dell’anno corrente e precedente sono consultabili gratuitamente, mentre per la consultazione di cartelle cliniche archiviate a Udine la DMO si riserva di procedere all’autorizzazione e sono a pagamento.

1. ottenute le firme, lo studente consegna il documento originale completo delle autorizzazioni e degli allegati per la sua protocollazione presso l’ufficio Protocollo dell’AAS n. 5 in Via Vecchia Ceramica 1, III piano st. 315: dalle 8.30 alle 12.30 e dalle 13.30 alle 16.00 - lunedì- giovedì; dalle 8.30 alle 13.00 il venerdì;
2. ottenuta la protocollazione, 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.

Da questo momento è autorizzato a svolgere l’attività richiesta presso la Struttura.

1. **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 il responsabile dell’Archivio.