

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_

laureanda/o Corso di Laurea/Laurea Magistrale in \_\_\_\_\_

masterizzanda/o Master in \_\_\_\_\_

presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_

Matricola n. \_\_\_\_\_ Recapito: tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

### CHIEDE di effettuare

<input type="checkbox"/> <b>TIROCINIO</b>	dal gg/mm/aa	al gg/mm/aa
presso DPT/SOC/SOSD/Servizio/Piattaforma/altro (specificare):		

<input type="checkbox"/> <b>Raccolta dati tramite INTERVISTA e/o QUESTIONARIO</b>	dal gg/mm/aa	al gg/mm/aa
<input type="checkbox"/> agli assistiti		
<input type="checkbox"/> agli operatori di profilo	<input type="checkbox"/> Infermieristico	<input type="checkbox"/> altro (specificare)
	<input type="checkbox"/> Ostetrico	<input type="checkbox"/> altro (specificare)
presso DPT/SOC/SOSD/Servizio/Piattaforma/altro (specificare):		

<input type="checkbox"/> <b>Raccolta dati tramite CONSULTAZIONE DI DOCUMENTAZIONE<sup>1</sup> in formato <input type="checkbox"/> cartaceo <input type="checkbox"/> elettronico (Applicativo/Data Base)</b>	dal gg/mm/aa	al gg/mm/aa
presso DPT/SOC/SOSD/Servizio/Piattaforma/altro (specificare):		
Specificare tipologia di documentazione:		

Le attività autorizzate, sono da effettuarsi a cura dello studente nel rispetto dello svolgimento delle regolari attività assistenziali

**al fine di realizzare la propria tesi di laurea/specialità dal titolo:**

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

Relatore: \_\_\_\_\_ Correlatore: \_\_\_\_\_

Allega:

- Progetto di tesi (obbligatorio)
- Strumento di raccolta dati (modello intervista/questionario - se previsto)
- Format consenso informato per la partecipazione alla ricerca (se previsto)
- Format informativa sul trattamento dei dati personali (privacy) (se previsto)

FIRMA Studente	FIRMA Coordinatore/Vice-coordinatore - Corso di Laurea
Data	Data

**Consegnare il modulo compilato fino alle sezioni precedenti a Segreteria Professioni Sanitarie<sup>2</sup>**

Parte riservata alla SOC Servizio Professionale Assistenza Infermieristica e Ostetrica

Verificata la completezza e congruità delle informazioni fornite, SI AUTORIZZA lo studente a contattare le strutture coinvolte al fine di ottenerne l'approvazione.

FIRMA e TIMBRO

Data

Parte riservata a DPT/SOC/SOSD/Servizio/Piattaforma/altro:

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Direttore/Responsabile

- del DPT \_\_\_\_\_
- della SOC \_\_\_\_\_
- della SOSD \_\_\_\_\_
- del Servizio \_\_\_\_\_
- della Piattaforma \_\_\_\_\_
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

esaminato il progetto di tesi ne AUTORIZZA lo svolgimento presso la propria struttura e individua il seguente TUTOR AZIENDALE di DPT/SOC/SOSD/Servizio/Piattaforma/altro:

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

FIRMA tutor aziendale

Data

FIRMA Direttore/Responsabile DPT/SOC/SOSD/Servizio/Piattaforma/altro:

Data

Parte riservata alla SOC Servizio Professionale Assistenza Infermieristica e Ostetrica

Verificato il progetto di tesi, se ne AUTORIZZA lo svolgimento, specificando che l'attività dovrà essere condotta nel rispetto delle normative vigenti in materia di tutela della privacy. In particolare, l'anonimato dovrà essere garantito dalla fase della raccolta dati, evitando di trasmettere e riportare dati sensibili e/o di produrre copie fotostatiche della documentazione, che dovrà essere consultata esclusivamente presso le strutture di appartenenza (DPT/SOC/SOSD/Servizio/Piattaforma/altro).

FIRMA e TIMBRO

Data

Note

<sup>1</sup> **Raccolta dati da cartelle cliniche:** al presente modulo dovrà essere allegata una richiesta indirizzata al Direttore Sanitario da parte del Direttore di DPT/SOC/SOSD/Servizio/Piattaforma/altro interessati in cui si specifica l'elenco delle cartelle da consultare (numero nosologico, anno di ricovero e riferimenti identificativi utili a reperire la documentazione). Nel caso di raccolta dati da cartelle cliniche presso l'archivio centrale, la consultazione deve avvenire sotto diretta sorveglianza del personale della struttura.

<sup>2</sup> I laureandi dei **Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie** consegnano in Segreteria delle Professioni Sanitarie il format compilato nelle parti previste e gli allegati previa contatto telefonico (0432 552220-21) per la verifica di corretta compilazione e completezza della documentazione - a cura della SOC Servizio Professionale Assistenza Infermieristica e Ostetrica.

**Nel caso di richieste non provenienti dall'Università degli Studi di Udine**, il presente modulo dovrà essere accompagnato da una nota a cura dell'Ateneo richiedente indirizzata al Direttore Generale di proposta di accoglimento dello studente/specializzando per l'espletamento delle attività previste dal progetto.

#### **Procedura e Note per i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie**

##### **A. Il Laureando**

1. Predisporre una richiesta per ogni struttura interessata (DPT/SOC/SOSD/Servizio/Piattaforma/altro), inserisce le informazioni e le firme richieste. Allega alla domanda il progetto di tesi e gli allegati se previsti.

2. Acquisisce l'autorizzazione del Coordinatore/Vice-Coordinatore del Corso di Laurea.

3. Consegna la documentazione presso la Segreteria delle Professioni Sanitarie (Presidio Ospedaliero S. Maria della Misericordia - Padiglione n. 1 - 3° piano – lunedì/venerdì ore 9.00 - 13.00) per valutazione (corretta compilazione del modulo/i, eventuale necessità di integrazione documentale) e acquisizione dell'autorizzazione a procedere.

4. Acquisisce le successive autorizzazioni presso le strutture identificate, fornendo la documentazione (progetto di tesi/modulistica/questionari/interviste) e concorda lo svolgimento delle attività con i responsabili della struttura in date/orari compatibili con il funzionamento della stessa.

5. Consegna, ai fini dell'autorizzazione definitiva, il/i modulo/i presso la Segreteria delle Professioni Sanitarie Presidio Ospedaliero S. Maria della Misericordia - Padiglione n. 1 - 3° piano – lunedì/venerdì ore 9.00 - 13.00);

6. Ritira la documentazione completa (autorizzazione e nota relativa alla Privacy) e provvede ad inviarla tramite mail alla Segreteria del Dipartimento di Medicina **didattica.dmed@uniud.it**, il file va nominato "**autor.ni\_tesi\_cognome**".

**La presente fase non si applica alle Università che non fanno riferimento a tale Segreteria.**

**La Segreteria delle Professioni Sanitarie** conserva copia della documentazione autorizzativa.

Documento non modificabile