



Università degli Studi di Udine

Corso di Laurea in Infermieristica – sedi coordinate di Udine e Pordenone

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

Al Coordinatore del Corso di Laurea in Infermieristica,  
Sedi coordinate di Udine e Pordenone

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

del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Udine – sede di \_\_\_\_\_

Matricola n. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Sta elaborando la tesi dal titolo:

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

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

Correlatore/i: \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Approvazione del progetto di tesi per successiva richiesta autorizzativa presso l'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO). Dichiara inoltre che i dati personali saranno trattati nel rispetto del D. Lgs. 196/2003 (Codice della privacy) e D. Lgs. 101/2018 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali) che verranno pubblicati esclusivamente in forma anonima.

|                                                                                                                                                                 |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>METODO DI RACCOLTA DATI:</b>                                                                                                                                 |                      |
| <input type="checkbox"/> TRAMITE INTERVISTA E/O QUESTIONARIO                                                                                                    |                      |
| <input type="checkbox"/> Agli operatori: <input type="checkbox"/> Infermieri <input type="checkbox"/> Medici <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ |                      |
| <input type="checkbox"/> TRAMITE CONSULTAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE                                                                                             |                      |
| Specificare quale: _____                                                                                                                                        |                      |
| <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare) _____                                                                                                              |                      |
| <b>SEDE DI RACCOLTA DATI:</b>                                                                                                                                   |                      |
| <input type="checkbox"/> SOC/SOS/SERVIZIO (specificare) _____                                                                                                   |                      |
| <input type="checkbox"/> ARCHIVIO SANITARIO                                                                                                                     |                      |
| <b>PERIODO STIMATO DI RACCOLTA DATI</b>                                                                                                                         |                      |
| DA (GG/M/ANNO) _____ A (GG/M/ANNO) _____                                                                                                                        |                      |
| <b>ALLEGA:</b>                                                                                                                                                  |                      |
| <input type="checkbox"/> PROGETTO DI TESI                                                                                                                       | Data _____           |
| <input type="checkbox"/> SCHEDA DI RACCOLTA DATI (completo di consenso informato laddove pertinente)                                                            | Firma studente _____ |

Per approvazione, il Coordinatore del Corso di Studio: \_\_\_\_\_



**Università degli Studi di Udine**

**Corso di Laurea in Infermieristica – sedi coordinate di Udine e Pordenone**

---

## **Procedura e Note**

1. Dopo aver identificato l'argomento della tesi ed il relatore che lo seguirà nella stesura, il laureando dovrà successivamente definire concretamente il progetto di tesi e condividerlo con il relatore.
2. Completato e revisionato il progetto di tesi, sarà necessario acquisire l'autorizzazione del Coordinatore del CdL, con il modulo sopra riportato.
3. Se il progetto di tesi verrà approvato dal Coordinatore si potrà procedere con lo step successivo, altrimenti sarà necessario apportare le opportune modifiche, condividerle col relatore e poi sottoporre nuovamente il progetto al Coordinatore.
4. Quindi, una volta ricevuto il form con l'avvenuta autorizzazione, il laureando procede alla richiesta autorizzativa tramite procedura prevista dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale e descritta al link: [https://asfo.sanita.fvg.it/it/azienda\\_informa/2022\\_09\\_19-00.html](https://asfo.sanita.fvg.it/it/azienda_informa/2022_09_19-00.html)

Quando sono state raccolte le autorizzazioni aziendali:

5. Per ASFO: il laureando deposita il documento autorizzativo fornito dall'Azienda originale completo delle autorizzazioni e degli allegati presso il Protocollo dell'ASFO o lo invia tramite PEC.
6. Per il CdS: il laureando deposita copia dell'autorizzazione rilasciata dal Coordinatore del CdS e copia del modulo autorizzativo ASFO 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).