



AS FO
Azienda sanitaria
Friuli Occidentale

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

Procedura autorizzazione per la raccolta dei dati e pubblicazione tesi sperimentale

Spett.le
**ASFO – Azienda Sanitaria Friuli
Occidentale**
Via Vecchia Ceramica n. 1
Pordenone

La/il sottoscritta/o _____ laureanda/o–masterizzanda/o-dottoranda/o del
Corso di laurea in/master in/ dottorato in _____ sede di _____
dell'Università di _____, 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),
attraverso le modalità di seguito indicate.

DICHIARA

che i dati saranno pubblicati esclusivamente in forma anonima e che eventuali dati personali di
cui venisse a conoscenza saranno trattati nel rispetto della vigente normativa in materia di
protezione dei dati personali (Regolamento (UE) n. 2016/679 e d.lgs. n. 196/2003 e s.m.i.),
previa verifica dell'avvenuto rilascio – da parte dei soggetti interessati – dello specifico
consenso al trattamento dati finalizzato a ricerca, formazione e studio di patologie (sezione B -
B1 del Modulo "*Espressione di avvenuta informazione al trattamento dei dati personali ed
espressione del consenso al trattamento dei dati personali con il dossier sanitario elettronico*").

Data	Data
FIRMA RELATORE	FIRMA TESISTA

A) Raccolta dati tramite INTERVISTA e/o QUESTIONARIO
PRESSO: _____ A: <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ASSISTITI <input type="checkbox"/> ALTRO _____
AUTORIZZAZIONE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DELLA STRUTTURA/SERVIZIO COMPETENTE _____ Nome e Cognome _____ Data _____ Firma _____
AUTORIZZAZIONE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DELLA STRUTTURA/SERVIZIO COMPETENTE _____ Nome e Cognome _____ Data _____ Firma _____

B) Raccolta DATI GIÀ AGGREGATI/ANONIMIZZATI da parte della Struttura competente
PRESSO: _____ AFFERENTI A: <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ASSISTITI <input type="checkbox"/> ALTRO _____ Informazioni necessarie: _____ _____
AUTORIZZAZIONE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DELLA STRUTTURA/SERVIZIO COMPETENTE _____ Nome e Cognome _____ Data _____ Firma _____
AUTORIZZAZIONE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DELLA STRUTTURA/SERVIZIO COMPETENTE _____ Nome e Cognome _____ Data _____ Firma _____

C) Raccolta dati tramite consultazione di DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

PRESSO: _____

AFFERENTI A:

PERSONALE ASSISTITI ALTRO _____

Tipologia di documentazione da consultare:

**AUTORIZZAZIONE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE
DELLA STRUTTURA/SERVIZIO COMPETENTE _____**

Nome e Cognome _____

Data _____ Firma _____

**AUTORIZZAZIONE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE
DELLA STRUTTURA/SERVIZIO COMPETENTE _____**

Nome e Cognome _____

Data _____ Firma _____

D) Raccolta dati tramite consultazione di DOCUMENTAZIONE SANITARIA

PRESSO: _____

AFFERENTI A:

PERSONALE ASSISTITI ALTRO _____

Tipologia di documentazione da consultare:

**AUTORIZZAZIONE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE
DELLA STRUTTURA/SERVIZIO COMPETENTE _____**

Nome e Cognome _____

Data _____ Firma _____

**AUTORIZZAZIONE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE
DELLA STRUTTURA/SERVIZIO COMPETENTE _____**

Nome e Cognome _____

Data _____ Firma _____