## ACCESSO A DOCUMENTAZIONE SANITARIA CONTENENTE DATI SENSIBILI AI FINI DI STUDIO E RICERCA SCIENTIFICA

Alla Direzione Medica di Presidio
Ospedale Regionale Umberto Parini

E p.c. a S.S.D. S.I.T.R.A.

**Oggetto: richiesta di autorizzazione a rilascio copia di documentazione sanitaria di**

_l_ sottoscritt_ _____ relatore dello studente _____ laureando/

specializzando del Corso di _____

nel corso dell'elaborazione della tesi di Laurea/ Specialità/Master_____:

Dal Titolo _____

_____

richiede l'autorizzazione a :

1. effettuare indagini su cartelle cliniche del reparto _____

relative al periodo /__/__/__/ - /__/__/__/

ulteriori specificazioni _____

2. somministrare questionari _____
3. effettuare interviste_____
4. effettuare valutazioni su pazienti_____
5. effettuare altri tipi di indagini:_____

I dati raccolti saranno gestiti in forma anonima e sarà garantito ad ogni utente contattato il rispetto della privacy.
Distinti saluti

Firma del Relatore

_____

**Allegati**

- ☐ Questionario
- ☐ Traccia intervista
- ☐ Griglia di osservazione
- ☐ Altro
- ☐ Modello ASL di nomina ad incaricato del trattamento di dati personali.