

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

Al Direttore Area Territoriale

Al Responsabile Infermieristico  
Ostetrico e Assistenti Sanitarie  
Area Territoriale

e.p.c. S.S.D. S.I.T.R.A.

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

\_\_\_ 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.