

**A CURA DEL RICHIEDENTE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) in \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di poter accedere ai dati aziendali per:**

<input type="checkbox"/> <b>TESI</b>	Iscritto all'Università _____ matricola n. _____ del Corso di Studi in _____ sede di _____ Titolo provvisorio della tesi _____ Relatore _____ Sessione di tesi _____ A.A. _____ <b>ALLEGARE: breve presentazione del progetto di tesi completo di indice (anche provvisorio) firmato e validato dal relatore</b>
<input type="checkbox"/> <b>ARTICOLO</b> <input type="checkbox"/> <b>RELAZIONE per convegno/ congresso</b> <input type="checkbox"/> <b>ALTRO: indicare</b> _____	specificare: argomento, scopo, tipologia, fonte e soggetti coinvolti dai dati richiesti _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

**ATTRAVERSO IL SEGUENTE METODO:**

raccolta dati provenienti da <b>RILEVAZIONI SUL CAMPO, INTERVISTA o QUESTIONARIO</b>	<b>INDICAZIONI:</b> Il dato va raccolto in forma anonima, IL RICHIEDENTE fornisce al partecipante un'informativa che illustri le finalità della raccolta dati, le modalità di utilizzo e la durata della loro conservazione. Il consenso del partecipante all'utilizzo dei dati è implicito nella partecipazione all'intervista o al questionario. I dati devono essere trattati in modo aggregato, o comunque tale da non consentire l'identificazione del singolo partecipante.
	Presso (indicare sedi coinvolte): _____ Rivolto a : <input type="checkbox"/> personale <input type="checkbox"/> assistiti <input type="checkbox"/> altro _____

	<b>Scopo:</b> _____ <b>Periodo:</b> _____ <b>Allegare:</b> questionario/intervista, modalità di somministrazione/rilevazione, informativa e destinatari)
raccolta dati <input type="checkbox"/> già <b>AGGREGATI/ ANONIMIZZATI</b> da parte della struttura competente  <input type="checkbox"/> tramite consultazione di <b>DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA</b>	<b>INDICAZIONI:</b> Il dato può essere informatizzato o presente nei flussi informativi, può essere di carattere sanitario, organizzativo oppure amministrativo. L'estrazione e la successiva elaborazione deve avvenire in forma aggregata e anonimizzata.  <p style="text-align: center;"><b>indicare:</b></p> <b>Ambito interesse :</b> _____ <b>Riguarda a :</b> <input type="checkbox"/> personale <input type="checkbox"/> assistiti <input type="checkbox"/> altro _____ <b>Scopo:</b> _____ <b>Periodo:</b> _____ <b>Finalità:</b> _____
raccolta dati tramite consultazione di <b>DOCUMENTAZIONE SANITARIA</b>	<b>INDICAZIONI:</b> L'accesso alla DOCUMENTAZIONE CLINICA (ad es. cartelle cliniche, dossier sanitario, RIS-PACS, ecc..) che avvenga in senso prospettico, trasversale o retrospettivo - assume le caratteristiche di una ricerca, e come tale per l'autorizzazione è necessario il passaggio per il COMITATO ETICO TERRITORIALE (art. 110 DL 196/2003). In questi casi, la richiesta dovrà essere indirizzata all'Unità per la Ricerca Clinica (URC). Prendere contatti con Unità di Ricerca Clinica <a href="https://www.aulss8.veneto.it/sedi/nucleo-per-la-ricerca-clinica-aziendale-nrc/">https://www.aulss8.veneto.it/sedi/nucleo-per-la-ricerca-clinica-aziendale-nrc/</a>

**NB: L'INTERESSATO DOVRA' PRENDERE CONTATTI PERSONALMENTE CON IL/I DIRETTORE/I DELLA/E UOC/UOSD NELLA/E QUALE/I SI PREVEDE DI EFFETTUARE LA RACCOLTA DATI PRIMA DI TRASMETTERE IL MODULO.**

**Allegare alla presente richiesta di autorizzazione, oltre a quanto precedentemente indicato:**

- **Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara che i dati saranno trattati e pubblicati esclusivamente in forma anonima e che eventuali dati personali 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. 196/2003 e s.m.i.).

I dati verranno utilizzati esclusivamente per la realizzazione del lavoro sopra dichiarato; l'elaborato sarà inoltre trasmesso in formato digitale con estensione .pdf al Direttore/i Responsabile/i della/e Struttura/e a cui sono stati richiesti ed alla mail [uos.formazione@aulss8.veneto.it](mailto:uos.formazione@aulss8.veneto.it) **PRIMA DELLA DIFFUSIONE.**

Data \_\_\_\_\_ Firma del Richiedente \_\_\_\_\_

## A CURA DELL'AZIENDA

### PARERE DI CHI RILASCIA I DATI

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

in qualità di Direttore/Responsabile della UOC/UOSD \_\_\_\_\_

ESPRIME PARERE  FAVOREVOLE  NON FAVOREVOLE all'accesso/raccolta dei dati richiesti/consegna dei dati in forma anonimizzata

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**PROMEMORIA:** Il Direttore/Responsabile di UOC/UOSD che rilascia i dati è responsabile di verificare che siano consegnati, trattati e presentati in forma aggregata, comunque anonima, pseudonimizzata o presentati in modo tale che non sia possibile ricondurli all'identità di un singolo paziente.

**I dati possono essere consegnati SOLO dopo aver acquisito l'autorizzazione della Direzione.**

### AUTORIZZAZIONE rilasciata da Direzione di competenza

- **Direzione di Struttura tecnico funzionale competente (Direzione Dipartimento Prevenzione, Direzione Distretto, Direzione Medica)** per argomenti di ambito sanitario richiesti da dirigenti/studenti sanitari;
- **Direzione Professioni Sanitarie:** per argomenti di ambito sanitario richiesti da operatori/studenti delle professioni sanitarie;
- **Direzione Amministrativa** per argomenti di ambito NON sanitario richiesti da operatori/studenti di profili NON sanitari

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

in qualità di Direttore della DIREZIONE \_\_\_\_\_

AUTORIZZA  NON AUTORIZZA la consegna dei dati

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Timbro e Firma \_\_\_\_\_