



Dipartimento di Medicina e Chirurgia
CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA
Clinica Ostetrica e Ginecologica
Via Gramsci 14
43126 - Parma

Al Responsabile di Struttura Semplice di Medicina Legale

Dr:.....

Al Direttore Medico U.O:

Prof/Dr:.....

Azienda Sanitaria:

LORO SEDI

Oggetto: Richiesta di autorizzazione alla consultazione di materiale clinico-sanitario per la stesura della Tesi di Laurea in Ostetricia

Con la presente si richiede l'autorizzazione all'accesso delle cartelle cliniche e/o registri di attività clinica, al fine di consentire la raccolta dei dati necessari alla stesura della Tesi di Laurea in Ostetricia, a.a 20.../20... da parte della Studentessa:matricola n:

In merito alla richiesta, la laureanda ha manifestato l'esigenza di approfondire alcuni aspetti relativi a:
.....
.....
.....

(argomento in breve).

E' necessaria, pertanto, la Vostra autorizzazione all'accesso alla seguente documentazione:

.....
.....
.....

in breve cosa ha necessità di fare o consultare in quel particolare servizio).

Garantiamo che la visione della documentazione sanitaria avverrà attenendosi rigorosamente al rispetto della vigente normativa in materia di segreto professionale e rispetto della privacy a tutela dei dati personali e sanitari (dati sensibili), ovvero, nell'elaborato di Tesi prodotto e in ogni suo allegato non sarà riconoscibile l'entità del paziente e qualunque altra notizia che possa far risalire all'identità stessa.

Ringraziando anticipatamente per la collaborazione porgiamo distinti saluti.

Parma, li/..... /20....

Il Relatore

La Presidente
del Corso di Laurea in Ostetricia
Prof.ssa Tiziana FRUSCA

SI AUTORIZZA

DATA E FIRMA DI CHI AUTORIZZA