***All.1. Scheda di partecipazione. Da inviarsi per ogni singolo partecipante.***

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome** | **Nome** |
|  |  |
| **Nato il** | **A** |
|  |  |
| **Residente nel comune di:** | **Provincia** |
|  |  |
| **Indirizzo** | **Recapito telefonico** |
| **e-mail** |  |
|  |  |
| **Numero iscrizione Ordine degli Infermieri di Udine \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
|  |  |
| **Sede lavorativa** |  |
|  |  |
| **Professione** |  |
|  |  |
| **Partecipa da solo** |  |
|  |  |
| **Partecipa con altri (indicare cognome e nome)\*** |  |
|  |  |
| **Indicare il titolo del progetto** |  |
|  |  |
|  |  |
| **Data** | **Firma** |
|  |  |

***All. 2. Schema analitico del progetto di ricerca.***

|  |  |
| --- | --- |
| **I - Problema/quesito di**  **ricerca** | Riportare sinteticamente il problema di interesse infermieristico  ed enunciare il quesito di ricerca che ne è scaturito. |
| **II – Razionale** | Fornire il background scientifico del progetto di ricerca. |
| **III – Obiettivi dello studio** | Enunciare in modo chiaro ed esaustivo l’obiettivo/gli obiettivi  dello studio. |
| **IV – Disegno dello studio** | Indicare, in maniera dettagliata, il disegno dello studio e la  metodologia adottata. In particolare, specificare:  a) La tipologia della ricerca (qualitativa o quantitativa)  b) Il disegno dello studio  c) La modalità di selezione del campione  d) Lo strumento/gli strumenti utilizzati per la raccolta dati  (specificando se l’utilizzo è stato autorizzato dall’autore)  e) La presenza/richiesta di parere del Comitato Etico  f) Le modalità di acquisizione del consenso informato  g) La tipologia di intervento, la randomizzazione, le caratteristiche dei gruppi se si tratta di RCT |
| **V – Prospetto operativo** | Indicare i tempi previsti per la realizzazione dello studio, il setting  in cui esso si svolgerà (ospedale/territorio/altro) ed il numero dei  ricercatori coinvolti. |
| **VI – Procedura di raccolta**  **ed analisi dei dati** | Indicare le modalità di raccolta, trattamento ed analisi dei dati. |
| **Necessità di richiesta di autorizzazioni** | Indicare quali autorizzazioni sono state richieste/saranno richieste e a chi. |
| **VII – Modalità di diffusione**  **dei risultati** | Indicare come si potrebbero diffondere nella comunità  infermieristica gli eventuali risultati della ricerca. |
| **VIII – Implicazioni per la**  **pratica clinica** | Indicare quali potrebbero essere le implicazioni per la pratica  clinica degli eventuali risultati della ricerca. |

***All. 3. Preventivo di spesa***

|  |  |
| --- | --- |
| Spese per servizi (es statistico, traduttore) | **Specificare** |
| Spese per acquisizione di materiale  documentale o altro materiale (strumenti a  pagamento, letteratura a pagamento) | **Specificare** |
| Spese per produzione di materiali (Stampa  materiale cartaceo per lo studio es moduli,  questionari coperti da copyright) | **Specificare** |
| Costi di pubblicazione (pubblicazione in riviste  open access) | **Specificare** |
| Ricerca bibliografica | **Specificare** |
| Personale/strutture coinvolte | **Specificare** |
|  |  |
|  |  |

***All. 4. Dichiarazione sul conflitto di interessi***

All’Ordine Professioni Infermieristiche di Udine

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a (comune) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità e consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci comunque non corrispondenti al vero è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, in conformità a quanto stabilito dall’art. 48, comma 25, del D.L. n. 269/2003 convertito nella L. n. 326/2003, nella qualità di referente del progetto

# DICHIARO

**□ l’assenza di conflitto di interessi in quanto:**

non sono portatore di interessi diretti o indiretti di natura finanziaria miei o di terzi (coniuge, parenti ed affini fino al secondo grado) che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della sanità;

non ho avuto, nell’ultimo biennio, rapporti con aziende farmaceutiche e/o di strumenti o presidi sanitari o altri soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della sanità.

**□ la presenza di conflitto di interessi in quanto ho avuto, con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario, i seguenti rapporti:**

***1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;***

***2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;***

***3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;***

*Secondo ICJME (International Committee of Medical Journal Editors), esiste un conflitto di interesse quando un Autore (o la sua Istituzione di appartenenza) ha una relazione finanziaria (impiego, consulenza, proprietà di azioni, onorari o perizie di parte) o personale (competizione accademica, o posizione intellettuale) in grado di influenzare in modo inappropriato le sue azioni. Vanno dichiarati anche, a titolo di esempio, rimborsi per spese di viaggio/alloggio; partecipazione a congressi/incontri; fornitura di assistenza per la stesura del progetto.*

IL/LA DICHIARANTE

(Firma leggibile per esteso)

………………………………………………...