



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI UDINE
Corso di laurea in Infermieristica - Sede di Udine

Il/la sottoscritto/a _____ matricola n. _____
Recapito telefonico _____ rivolge richiesta per acquisire
l'autorizzazione a effettuare quanto sotto specificato; dichiara che l'oggetto della richiesta fa
parte del progetto di tesi ed è approvato dal Relatore.

TITOLO TESI: _____

RELATORE: _____

Richiesta per

TIROCINIO presso

Azienda Sanitaria - Ente			
Nominativo del/i Referente/i (*)		dal g/m/a	al g/m/a
Struttura/ Servizio			
Nominativo del/i Referente/i (*)			
Indirizzo (se fuori Regione)			

SOMMINISTRAZIONE QUESTIONARI AGLI OPERATORI:

Azienda Sanitaria - Ente	
Nominativo del/i Referente/i (*)	
Struttura/ Servizio	
Nominativo del/i Referente/i (*)	
Indirizzo (se fuori Regione)	
Tipologia di Operatori	

SOMMINISTRAZIONE QUESTIONARI AD ASSISTITI E/O CITTADINI

Azienda Sanitaria - Ente	
Nominativo del/i Referente/i (*)	
Struttura/ Servizio	
Nominativo del/i Referente/i (*)	
Indirizzo (se fuori Regione)	
Tipologia di Assistiti/utenti	

ALTRO (es. indicazioni del periodo desiderabile per la somministrazione dei questionari, ... per la richiesta)

(*) a cui indirizzare la richiesta

Udine, _____

_____ Firma laureando

Corso di Laurea in Infermieristica

Sede amministrativa: Via Colugna, 50 – II piano - 33100 Udine – 39 432 494908 vox 494904 fax

La richiesta può essere consegnata:

dal lunedì al venerdì dalle ore 12.00 alle ore 13.00 (ed anche il giovedì pomeriggio dalle 14.00 alle 15.00) oppure può essere
spedita anche via fax al n. 0432-494904