



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		dal g/m/a	al g/m/a
Nominativo del/i Referente/i (*)			
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