



Università degli Studi di Udine

Corso di Studi in Infermieristica - sede di Pordenone

Modulo richiesta autorizzazione per la raccolta dei dati e pubblicazione tesi sperimentale

Al dott. Gilberto Macaluso
Direttore della Casa di Riposo
Al Coord.Ass.Infer.ca Vasile Coroian
Via Cervel, 68
33084 Cordenons (PN)

La/il sottoscritta/o laureanda/o del Corso di Laurea in Infermieristica – sede di Pordenone dell'Università di Udine

Matricola n. _____ Recapito: tel. _____ email _____

Sta elaborando la tesi dal titolo

Relatore: _____ Correlatore: _____

CHIEDE di

poter effettuare la sottoindicata attività finalizzata alla tesi (si allega progetto tesi)

A) TIROCINIO	dal g/m/a	dal g/m/a
Presso reparto/modulo/servizio:		

B) Raccolta DATI tramite intervista e/o questionario e/o mediante griglia di osservazione (si allega modello intervista/questionario)	dal g/m/a	al g/m/a
Presso reparto/modulo/servizio:		
<input type="checkbox"/> agli ospiti		
<input type="checkbox"/> agli operatori del profilo	<input type="checkbox"/> Infermieristico <input type="checkbox"/> Medico	<input type="checkbox"/> altro (specificare)



Università degli Studi di Udine

Corso di Studi in Infermieristica - sede di Pordenone

C) Raccolta dati tramite CONSULTAZIONE DI DOCUMENTAZIONE	dal g/m/a	al g/m/a
Presso reparto/modulo/servizio:		
Specificare tipologia di documentazione:		

FIRMA RAFF CdL in Infermieristica Pordenone	FIRMA LAUREANDO
Data	Data

SI AUTORIZZA	
FIRMA DIRIGENTE/COORDINATORE Infermieristico	
Data	
SI AUTORIZZA responsabili medici	SI AUTORIZZA responsabili infermieristici
Firma RESPONSABILE Medico reparto/modulo/servizio	Firma RESPONSABILE Infermieristico reparto/modulo/servizio
data	data
SI AUTORIZZA	SI AUTORIZZA
Firma RESPONSABILE Medico reparto/modulo/servizio	Firma RESPONSABILE Infermieristico reparto/modulo/servizio
data	data
SI AUTORIZZA	SI AUTORIZZA
Firma RESPONSABILE Medico reparto/modulo/servizio	Firma RESPONSABILE Infermieristico reparto/modulo/servizio
data	data
SI AUTORIZZA	SI AUTORIZZA
Firma RESPONSABILE Medico reparto/modulo/servizio	Firma RESPONSABILE Infermieristico reparto/modulo/servizio
data	data
SI AUTORIZZA	SI AUTORIZZA
Firma RESPONSABILE Medico reparto/modulo/servizio	Firma RESPONSABILE Infermieristico reparto/modulo/servizio
data	data
SI AUTORIZZA	SI AUTORIZZA