



AL MAGNIFICO RETTORE

Università di Verona

Via dell'Artigliere, 8

37129 Verona

OGGETTO: Richiesta di accreditamento presso l'Ateneo di Verona per tirocinio di formazione ed orientamento (stage) a favore di studenti.

Si dichiara la disponibilità ad ospitare, presso le nostre sedi, studenti della Vostra Università interessati a svolgere un'esperienza formativa in un contesto lavorativo.

La scrivente chiede pertanto di essere accreditata presso l'Ateneo e di poter sottoscrivere con l'Università di Verona la "Convenzione di tirocinio di formazione ed orientamento" ([link cliccabile](#)) nel testo di cui si è presa visione nella pagina web di Ateneo.

Si dichiara il prevalente interesse per uno o più dei seguenti corsi di studio (l'indicazione è necessaria al fine di consentire alle strutture didattiche competenti di acquisire ulteriori informazioni; per i corsi di studio non presenti nell'elenco si invita a consultare la procedura di accreditamento prevista nelle pagine web alla voce "Spazio Stage" - ([link cliccabile](#)):

Macro area "Scienze della Vita e della Salute" (selezionare il corso)

- ☐ Corso di laurea in Fisioterapia
- ☐ Corso di laurea in Igiene dentale
- ☐ Corso di laurea in Infermieristica
- ☒ Corso di laurea in Logopedia
- ☐ Corso di laurea in Ostetricia
- ☐ Corso di laurea in Tecnica della riabilitazione psichiatrica
- ☐ Corso di laurea in Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
- ☐ Corso di laurea in Tecniche di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare
- ☐ Corso di laurea in Tecniche di laboratorio biomedico
- ☐ Corso di laurea in Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia
- ☐ Corso di laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche
- ☐ Corso di laurea magistrale in Scienze riabilitative delle professioni sanitarie
- ☐ Master o Corso di perfezionamento in.....

Cordiali saluti.

22 GEN 2019

Data

Timbro e firma

SCHEDA DI ACCREDITAMENTO AZIENDA / ENTE PUBBLICO / STUDIO PROFESSIONALE

(tutti i campi della scheda sono obbligatori – da compilare a computer)

Denominazione OSPEDALE DI SUZZARA SPA

Sede Legale Via DURINI n. 9

Cap 20122 Comune MILANO Prov. (MI)

Telefono 0376/5171

E-mail segreteria@ospedaledisuzzara.it

PEC ospedalesuzzara@legalmail.it

Sito internet <http://www.ospedaledisuzzara.it/>

Codice ATECO 86.10.1 (classificazione delle attività economiche adottata dall'ISTAT – consultabile al link <http://www3.istat.it>)

Partita Iva 04482440965 Codice Fiscale 04482440965

N. di iscrizione al registro delle imprese della Camera di Commercio (non il R.E.A.)
oppure N. di iscrizione..... all'Albo/Ordine professionale di..... della
Provincia di

N. di dipendenti a tempo indeterminato226.....

Cognome e nome del legale rappresentante TASSINARI PAOLO

Nato/a a MILANO il 30/10/1962

Persona di riferimento per i contatti con l'Università (referente aziendale)
.....FRIGNANI PAOLA.....

Dati del tirocinio:

Sede operativa - Via GENERAL CANTORE n. 14/b

Cap 46029 Comune SUZZARA Prov. (MN)

Breve descrizione del progetto di tirocinio ed area funzionale di inserimento aziendale

Realizzare il contatto professionale con la realtà del servizio attraverso un momento pratico con il tutor e i pazienti. Applicare le conoscenze acquisite nella valutazione ,elaborazione del bilancio logopedico ed alla conseguente pianificazione della terapia logopedica nella cura , recupero funzionale e mantenimento delle capacità residue

Alla luce della tipologia di tirocinio offerto e della normativa regionale di riferimento, l'Ateneo si riserva di valutare e di acquisire ulteriori informazioni.

Informativa art. 13 D. Lgs. 30/06/03 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Si autorizza l'Università di Verona al trattamento dei dati forniti per finalità connesse alla gestione e all'attivazione di stage/tirocini ex D.M. 142/98.

Data 22/01/2019

Timbro e firma





UNIVERSITÀ
di **VERONA**

CORSO DI LAUREA IN LOGOPEDIA

Verona, 06/02/2019

Si richiede l'autorizzazione ad estendere l'accreditamento della Fondazione Poliambulanza (convenzione di tirocinio rep. 3235/18 del 8/8/2018) al CdL in Logopedia come sede di tirocinio per gli studenti del CdL stesso.

Cordiali saluti.

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
INTEGRATA - VERONA
UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA
DI OTORINOLARINGOIATRIA
Direttore: Prof. DANIELE MARCHIONI