

Schema-tipo di richiesta di accreditamento da inviare su carta intestata dell'azienda/ente/studio timbrata, firmata e scansionata all'indirizzo ufficio.stage@ateneo.univr.it e in copia conoscenza ad servizi.studenti@eomitalia.it. Non sono valutate le richieste incomplete.

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 è 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 in Tecniche Ortopediche
- ☐ Corso di laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche
- ☐ Corso di laurea magistrale in Scienze riabilitative delle professioni sanitarie
- ☒ **Master in Osteopatia nelle Disfunzioni Neuro Muscolo-scheletriche**

Cordiali saluti.

D'ANGELO IACOPO

Dottore in Fisioterapista

Via Adriatica, 9 - 66030 FRISA (CH)

C. Fisc. DNG CPI-01017 E435S

Partita IVA 02491080699

Data 22/01/2025

Timbro e firma

SCHEDA DI ACCREDITAMENTO AZIENDA / ENTE PUBBLICO / STUDIO PROFESSIONALE

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

Denominazione Studio Riability.....
Sede Legale - Via..... via Sangro n..... 43.....
Cap 66022 Comune Fossacesia..... Prov. CH..
Telefono..... +393297132214.....
E-mail iacopo.dangelo91@gmail.com.....
PEC dangeloiacopo@pec.it.....
Sito internet.....
Codice ATECO ... 86.90.21...
(classificazione delle attività economiche adottata dall'ISTAT – consultabile al link <http://www3.istat.it>)
Partita Iva 02491080699..... Codice Fiscale DNGCPI91C17E435S.....
N. di iscrizione al registro delle imprese della Camera di Commercio (non il R.E.A.)
oppure N. di iscrizione... 960.. all'Albo/Ordine professionale di ... FISIOTERAPISTI..... della
Provincia di CHIETI.....
N. di dipendenti a tempo indeterminato 0.....

Cognome e nome del legale rappresentante..... D'Angelo Iacopo.....
Nato/a a Lanciano..... il 17/03/1991.....
Persona di riferimento per i contatti con l'Università (referente aziendale)
..... D'Angelo Iacopo.....

Dati del tirocinio:

Sede operativa - Via... Sangro 43.....
Cap. 66022..... Comune FOSSACESIA..... Prov. CH.....

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

Attività di osservazione delle disfunzioni motorie in soggetti sani o sintomatici; individuazione palpatoria dei reperi anatomici, movimenti articolari e caratteristiche tessutali dell'apparato locomotore; osservazione ed esecuzione di tecniche di valutazione delle funzioni dell'apparato locomotore; scelta ed esecuzione delle tecniche di trattamento specifiche per i differenti elementi costituenti dell'apparato locomotore.

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

Data 22/01/2025

Timbro e firma

D'ANGELO IACOPO
Dottore in Fisioterapista
Via Adriatica 9 - 66030 FRISA (CH)
C. Fisc. DNG CPI 91C17 E435S
Partita IVA 02491080699



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 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 in Tecniche Ortopediche
- ☐ Corso di laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche
- ☐ Corso di laurea magistrale in Scienze riabilitative delle professioni sanitarie

x Master in Osteopatia nelle Disfunzioni Neuro Muscolo-scheletriche

Cordiali saluti.

Data 30/01/2025 Timbro e firma Creomed STP a.r.l.

Denominazione CREOMED STP ARL.

Sede Legale – Via GIORGIO VASARI n 7

Cap 00196 Comune ROMA Prov. RM

Telefono 3478330063 - 0660673343

E-mail segreteria@creomed@gmail.com

PEC creomed@legalmail.it

Sito internet www.creomed.it

Codice ATECO SUBM70N

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

Partita Iva 15232481000 Codice Fiscale

N. di iscrizione al registro delle imprese della Camera di Commercio (non il R.E.A.) 15232481000

oppure N. di iscrizione..... all'Albo/Ordine professionale didella Provincia di

N. di dipendenti a tempo indeterminato

Cognome e nome del legale rappresentante DAFNE RUBINI

Nato/a a ROMA il 25/08/1983

Persona di riferimento per i contatti con l'Università (referente aziendale) DAFNE RUBINI

Dati del tirocinio:

Sede operativa – Via GIORGIO VASARI 7


Cap 00196 Comune ROMA Prov. RM

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

Attività di osservazione delle disfunzioni motorie in soggetti sani o sintomatici; individuazione palpatoria dei reperi anatomici, movimenti articolari e caratteristiche tessutali dell'apparato locomotore; osservazione ed esecuzione di tecniche di valutazione delle funzioni dell'apparato locomotore; scelta ed esecuzione delle tecniche di trattamento specifiche per i differenti elementi costituenti dell'apparato locomotore.

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

Data 30/01/2025 Timbro e firma Creomed STP a.r.l





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 è 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 in Tecniche Ortopediche
- ☐ Corso di laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche
- ☐ Corso di laurea magistrale in Scienze riabilitative delle professioni sanitarie
- ☒ **Master in Osteopatia nelle Disfunzioni Neuro Muscolo-scheletriche**

Cordiali saluti.

Data **31/01/2025** Timbro e firma

RICERCA DELL'EQUILIBRIO MEDICAL
di Bertero Alessia
POLIAMBULATORIO MEDICO SPECIALISTICO
Via Sillano 7 - VIGONE TO
Cell. 842.0506188 - Tel. 011.9801230
e-mail: ricquilibrio@iscal.it
P.IVA 10611840017
C.F. BRT LSS 88E601470K

SCHEDA DI ACCREDITAMENTO AZIENDA / ENTE PUBBLICO / STUDIO PROFESSIONALE

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

Denominazione **RICERCA DELL'EQUILIBRIO MEDICAL**

Sede Legale – Via **SILLANO** n. 7

Cap **10067** Comune **VIGONE** Prov. **TO**

Telefono **011.9801230/ +39 342.0506188**

E-mail **r.equilibrio@tiscali.it**

PEC **r.equilibrio@tiscalipec.it**

Sito internet **https://www.requibriomedical.it**

Codice ATECO **86.22.09**

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

Partita Iva **10611840017** Codice Fiscale **BRTLSS88E60I470K**

N. di iscrizione al registro delle imprese della Camera di Commercio *(non il R.E.A.)* **T.236470760**

oppure N. di iscrizione..... all'Albo/Ordine professionale didella
Provincia di

N. di dipendenti a tempo indeterminato **2**

Cognome e nome del legale rappresentante **BERTERO ALESSIA**

Nato/a a **SAVIGLIANO** il **20/05/1988**

Persona di riferimento per i contatti con l'Università *(referente aziendale)* **GALLO VANESSA**

Dati del tirocinio:

Sede operativa - Via **SILLANO**

Cap **10067** Comune **VIGONE** Prov. **TO**

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

Attività di osservazione delle disfunzioni motorie in soggetti sani o sintomatici; individuazione palpatoria dei reperi anatomici, movimenti articolari e caratteristiche tessutali dell'apparato locomotore; osservazione ed esecuzione di tecniche di valutazione delle funzioni dell'apparato locomotore; scelta ed esecuzione delle tecniche di trattamento specifiche per i differenti elementi costituenti dell'apparato locomotore.

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

RICERCA DELL'EQUILIBRIO MEDICAL
di Bertero Alessia
POLIAMBULATORIO MEDICO SPECIALISTICO
Via Sillano 7 - VIGONE TO
Cell. 342.0506188 - Tel. 011.9801230
E-mail: r.equilibrio@tiscali.it
P. IVA 10611840017
C.F. BRTLSS88E60I470K

Data **31/01/2025** Timbro e firma



PIACENZA ANDREA
Fisioterapista - Osteopata
CORSO RE UMBERTO, 50 - 10128 Torino

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 è 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 in Tecniche Ortopediche
- ☐ Corso di laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche
- ☐ Corso di laurea magistrale in Scienze riabilitative delle professioni sanitarie
- ☒ **Master in Osteopatia nelle Disfunzioni Neuro Muscolo-scheletriche**

Cordiali saluti.

Data 20/01/2025

Timbro e firma

PIACENZA ANDREA
FISIOTERAPISTA - OSTEOPATA
CORSO RE UMBERTO 50 - 10128 TORINO
C.F. PCN NDR 68D23 L219J
P. IVA 08768730015



PIACENZA ANDREA
Fisioterapista - Osteopata
CORSO RE UMBERTO, 50 - 10128 Torino

SCHEDA DI ACCREDITAMENTO AZIENDA / ENTE PUBBLICO / STUDIO PROFESSIONALE

Denominazione PIACENZA ANDREA

Sede Legale – Via PRAGLIA n 18

Cap 10044 Comune PIANEZZA Prov. TO

Telefono 3387788443

E-mail a.piacenza@email.it

PEC andrea.piacenza@pec.fnofi.it

Sito internet www.rpgtorino.it

Codice ATECO 869021

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

Partita Iva 08768730015 Codice Fiscale PCNDR68D23L219J

N. di iscrizione al registro delle imprese della Camera di Commercio (non il R.E.A.)

oppure N. di iscrizione 1119 all'Albo/Ordine professionale di FISIOTERAPIA della Provincia di TORINO

N. di dipendenti a tempo indeterminato 0

Cognome e nome del legale rappresentante PIACENZA ANDREA

Nato/a a TORINO IL 23/04/1968

Persona di riferimento per i contatti con l'Università (referente aziendale) PIACENZA ANDREA

Dati del tirocinio:

Sede operativa - Via CORSO RE UMBERTO 50/A

Cap 10128 Comune TORINO Prov. TO

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

Attività di osservazione delle disfunzioni motorie in soggetti sani o sintomatici; individuazione palpatoria dei reperi anatomici, movimenti articolari e caratteristiche tessutali dell'apparato locomotore; osservazione ed esecuzione di tecniche di valutazione delle funzioni dell'apparato locomotore; scelta ed esecuzione delle tecniche di trattamento specifiche per i differenti elementi costituenti dell'apparato locomotore.

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

Data 20/01/2025

Timbro e firma

PIACENZA ANDREA
FISIOTERAPISTA - OSTEOPATA
CORSO RE UMBERTO 50 - 10128 TORINO
C.F. PCNDR 68D23 L219J
P. IVA 08768730015