



RIATTIVA
di Monari Daniele

**POLIAMBULATORIO PRIVATO
CENTRO RIABILITAZIONE**

Aut. Sanit. n. 27480/10.1 del 02/10/2021

Direttore Sanitario Dr. Luppi Mauro

SCHEMA DI ACCREDITAMENTO AZIENDA / ENTE PUBBLICO / STUDIO PROFESSIONALE

Denominazione ... Riattiva di Monari Daniele

Sede Legale - Via... Maestri del Lavoro, n.8

Cap...41037..... **Comune**Mirandola Prov. ...MO

Telefono.....05351900306

E-mail ...info@riattiva.org

PEC ...monaridaniele@arubapec.it...

Sito internet.....www.riattiva.org

Codice ATECO ...862209

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

Partita Iva ...02695290367..... **Codice Fiscale** ...MNRDNL78L10F240P

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

MNRDNL78L10F240P

oppure **N. di iscrizione**.....9..... all'Albo/Ordine professionale diMODENA E REGGIO

EMILIA.....della Provincia diMO.....

N. di dipendenti a tempo indeterminato2

Cognome e nome del legale rappresentante.....MONARI DANIELE.....

Nato/a a ...Mirandola..... il ...10/07/1978

Persona di riferimento per i contatti con l'Università (referente aziendale) Monari Daniele

Dati del tirocinio:

Sede operativa - Via... Maestri del Lavoro,8.....

Cap...41037..... **Comune**Mirandola Prov. ...MO.....

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 19/02/2025.....

Timbro e firma

Mirandola (MO) - Via Maestri del Lavoro, 8 - Tel. e Fax 0535 1900306 - Cell. 340 025 195290367

P. IVA 02695290367 - Cod. Fisc. MNRDNL78L10F240P - Cod. Fiscale MNRDNL78L10F240P

RIATTIVA di Monari Daniele
Poliambulatorio Privato
Centro di Riabilitazione

Via Maestri del Lavoro, 8 - Tel. e Fax 0535 1900306

Cell. 340 025 195290367

Cod. Fiscale MNRDNL78L10F240P

Partita IVA 02695290367



RIATTIVA

di Monari Daniele

**POLIAMBULATORIO PRIVATO
CENTRO RIABILITAZIONE**

Aut. Sanit. n. 27480/10.1 del 02/10/2021

Direttore Sanitario Dr. Luppi Mauro

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 19/02/2025

Timbro e firma

RIATTIVA di Monari Daniele
Poliambulatorio Privato
Centro di Riabilitazione

Via Maestri del Lavoro, 8 - Tel/Fax 0535 1900366

41037 MIRANDOLA (MO) - Tel. 0535 340 9494936

P. IVA 02695290367 - Cod. Fisc. MNRDNL78L10F240P

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@eomititalia.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.

Data 16/02/2025

Timbro e firma

FISIOTECNICI srl
Via Della Zecchia, 8 - 35100 Potenza
Partita IVA 012500761
Pec: fisiotecnici@legalmail.it

SCHEDA DI ACCREDITAMENTO AZIENDA / ENTE PUBBLICO / STUDIO PROFESSIONALE

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

Denominazione FISIOSPORT SRL

Sede Legale - Via.....DELLA TECNICAn....18.....

Cap 85100 Comune POTENZA.....Prov. PZ

Telefono 0971/287722

E-mail FISIOSPORTPOTENZA@GMAIL.COM

PEC FISIOSPORTSRLS@LEGALMAIL.IT

Sito internet WWW.FISIOSPORTPOTENZA.IT

Codice ATECO 86.90.21

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

Partita Iva 01972500761 Codice Fiscale

N. di iscrizione al registro delle imprese della Camera di Commercio (non il R.E.A.) 148162

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

N. di dipendenti a tempo indeterminato 10

Cognome e nome del legale rappresentante MARIA MADDALENA CENTODUCATI

Nato/a a MIGLIONICO (MT) il 2/05/1948

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

MAZZINI ALESSANDRA (MZZLSN83P60G942O)

Dati del tirocinio:

Sede operativa - Via DELLA TECNICA 18

Cap 85100 Comune POTENZA Prov. PZ

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.

Data14/02/2025

Timbro e firma

FISIOSPORT SRL
Via Della Tecnica, 18 - 85100 Potenza
Partita IVA 01972500761
Pec: fisiosportsrls@legalmail.it

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" () 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" - ():

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 25/2/2025

Timbro e firma

SIOKINESITERAPIA MAGHERINI STPaRL
Via Don Minzoni, 15 C/D
50068 RUFINA (FI)
Tel. 055-8997153
P.I. e C.F. 06878280483

SCHEDA DI ACCREDITAMENTO AZIENDA / ENTE PUBBLICO / STUDIO PROFESSIONALE

Denominazione Fisiokinesiterapia Magherini S.T.P. a R.L.

Sede Legale – Via Don Minzoni n 15/D

Cap 50068 **Comune** Rufina **Prov.** Firenze

Telefono 0558397158

E-mail info@fisioterapiamagherini.it

PEC fisiokinesiterapiamagherini@pec.it

Sito internet www.fisioterapiamagherini.it

Codice ATECO 869021

(classificazione delle attività economiche adottata dall'ISTAT – consultabile al link

Partita Iva 06878280483 **Codice Fiscale**

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

oppure **N. di iscrizione** 1 all'Albo/Ordine professionale Fisioterapisti della Provincia di Firenze, Arezzo, Lucca, Massa Carrara, Pistoia, Prato

N. di dipendenti a tempo indeterminato 2

Cognome e nome del legale rappresentante Magherini Alessio

Nato/a a Firenze il 9/11/72

Persona di riferimento per i contatti con l'Università *(referente aziendale)* Rascionato Leonardo

Dati del tirocinio:

Sede operativa - Via Pier Fortunato Calvi 34

Cap 50137 **Comune** Firenze **Prov.** Firenze

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

25/2/2025

Timbro e firma

FISIOKINESITERAPIA MAGHERINI S.T.P. a R.L.

Via Don Minzoni, 15 C/D

50068 RUFINA (FI)

Tel. 055-8397158

P.I. e C.F. 06878280483

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@eomititalia.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.

Data 06/03/2025

Timbro e firma



SCHEDA DI ACCREDITAMENTO AZIENDA / ENTE PUBBLICO / STUDIO PROFESSIONALE

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

Denominazione Fisioglobe S.R.L. tra Professionisti

Sede Legale – Via degli Aldobrandeschi n°115

Cap 00163 Comune Roma Prov. Roma

Telefono 0645476293 o 3312574794

E-mail info@fisioglobe.it

PEC fisioglobestudio@pec.it

Sito internet www.fisioglobe.it

Codice ATECO 869021

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

Partita Iva 16947641003 Codice Fiscale

N. di iscrizione al registro delle imprese della Camera di Commercio (non il R.E.A.) rm-1686251

oppure N. di iscrizione 14 all'Albo/Ordine professionale di Roma della Provincia di Roma

N. di dipendenti a tempo indeterminato 2

Cognome e nome del legale rappresentante Prasti Simone

Nato/a a Roma il 23/10/1985

Persona di riferimento per i contatti con l'Università (referente aziendale) Prasti Simone – Aiouaz

Nousyba

Dati del tirocinio:

Sede operativa - Via degli Aldobrandeschi 115

Cap 00163 Comune Roma Prov. Roma

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 06/03/2025

Timbro e firma

