



**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.

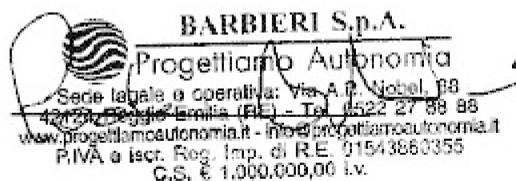
La scrivente chiede pertanto di essere accreditata presso l'Ateneo e di poter sottoscrivere con l'Università di Verona la "*Convenzione di tirocinio di formazione ed orientamento*" ([link cliccabile](#)) nel testo di cui è si è presa visione nella pagina web di Ateneo.

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 o Corso di perfezionamento in

.....  
Cordiali saluti.



Data 04/03/2025 Timbro e firma

## SCHEDA DI ACCREDITAMENTO AZIENDA / ENTE PUBBLICO / STUDIO PROFESSIONALE

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

Denominazione BARBIERI SpA.....

Sede Legale – Via A.B. NOBEL.....n. 88

Cap 42124 Comune REGGIO EMILIA.....Prov. ....RE

Telefono 0522278804.....

E-mail INFO@PROGETTIAMOAUTONOMIA.IT.....

PEC BARBIERISRL@ARUBAPEC.IT.....

Sito internet...WWW.PROGETTIAMOAUTONOMIA.IT

Codice ATECO 32.50.30 (classificazione delle attività economiche adottata dall'ISTAT – consultabile al link <http://www3.istat.it>)

Partita Iva 01543860355..... Codice Fiscale 01543860355.....

N. di iscrizione al registro delle imprese della Camera di Commercio (non il R.E.A.) ....RE-194428 ..

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

N. di dipendenti a tempo indeterminato ....220.....

Cognome e nome del legale rappresentante...PAOLO BARBIERI

Nato/a a REGGIO EMILIA..... il 10/12/1968.....

Persona di riferimento per i contatti con l'Università (referente aziendale) IDA IMMEDIATA.....

Dati del tirocinio:

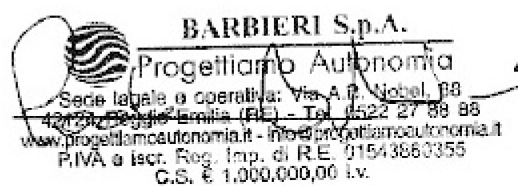
Sede operativa - VIA A.B. NOBEL 88

Cap 42124 Comune REGGIO EMILIA Prov. RE

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

Le attività di un **Tecnico Ortopedico** comprendono diverse fasi, dalla valutazione del paziente alla realizzazione e adattamento dell'ortesi/ausilio. La figura affiancherà i colleghi nelle diverse fasi nel laboratorio ortopedico e in struttura sanitaria.

*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 04/03/2025

Timbro e firma