

Al Magnifico Rettore

dell'Università di Verona

Via dell'Artigliere, 8 - 37129 Verona

OGGETTO: Richiesta di accreditamento presso l'Ateneo di Verona per tirocinio di formazione ed orientamento a favore degli studenti iscritti ai corsi di studio delle professioni sanitarie.

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 i seguenti corsi di studio (l'indicazione è necessaria al fine di consentire alle strutture didattiche competenti di acquisire ulteriori informazioni - barrare il corso o indicare il nome del master/corso di perfezionamento):

- Corso di laurea in Logopedia
- Corso di laurea in Tecniche audioprotesiche

Cordiali saluti.

Denominazione	Audionova Retail srl
Sede Legale Indirizzo	Via Giacomo Watt, n. 27
Cap	20143
Comune	MILANO
Prov.	MI
Telefono	02/4407141
Sito internet	www.audionovaitalia.it
E-mail	francesca.fancellu@sonova.com
PEC	audioretail@pecdotcom.it
Codice ATECO	477400 (<i>classificazione attività economiche ISTAT – https://www.istat.it</i>)
Partita Iva	13416640962
Codice Fiscale	13416640962

N. di iscrizione al registro delle imprese della Camera di Commercio 13416640962 (*non il R.E.A.*)

N. di dipendenti a tempo indeterminato 27

Cognome e nome del legale rappresentante_ Marco Farnetani_____

Nato a GROSSETO (GR)

il 18/05/1976

Persona di riferimento per i contatti con l'Università (*referente aziendale*) Francesca Fancellu

Sede operativa del tirocinio:

Via Trento, 40 **VERONA** (VR)

Via Girolamo Campagna, 7 **VERONA** (VR)

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

Acquisizione competenze relative al ruolo di audioprotesista, in linea con quanto richiesto dal programma universitario. In particolare i tirocinanti verranno affiancati nell'esecuzione delle seguenti attività:

- Accoglienza clienti, raccolta dati anagrafici e informativa privacy
- Manutenzione ordinaria apparecchi acustici e chiocciolate (pulizia, cambio pile, filtri, tubetti)
- Esecuzione esami audiometrici con strumenti di misurazione (audiometro)
- Lettura audiogrammi/schede tecniche
- Otoscopia
- Resa protesica in campo libero/dinamico
- Accoppiamento acustico
- Presa d'impronta (per soli studenti del terzo anno di corso)
- Fitting degli apparecchi acustici


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 12/03/2025

Timbro e firma

Audionova Retail srl

Via Giacomo Watt, 27
20143 MILANO (MI)
p.iva 13416640962



Al Magnifico Rettore

dell'Università di Verona

Via dell'Artigliere, 8 - 37129 Verona

OGGETTO: Richiesta di accreditamento presso l'Ateneo di Verona per tirocinio di formazione ed orientamento a favore degli studenti iscritti ai corsi di studio delle professioni sanitarie.

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 stata presa visione nella pagina web di Ateneo.

Si dichiara il prevalente interesse per i seguenti corsi di studio (l'indicazione è necessaria al fine di consentire alle strutture didattiche competenti di acquisire ulteriori informazioni - barrare il corso o indicare il nome del master/corso di perfezionamento):

- Corso di laurea in Logopedia
- Corso di laurea in Tecniche audioprotesiche

Cordiali saluti.

Denominazione	Sonova Audiological Care Italia srl
Sede Legale Indirizzo	Via Giacomo Watt, n. 27
Cap	20143
Comune	MILANO
Prov.	MI
Telefono	02/4407141
Sito internet	www.audionovaitalia.it
E-mail	francesca.fancellu@sonova.com
PEC	audionovaitalia@poste-certificate.it
Codice ATECO	477400 (classificazione attività economiche ISTAT – https://www.istat.it)
Partita Iva	09237831004
Codice Fiscale	09237831004

N. di iscrizione al registro delle imprese della Camera di Commercio 09237831004 (non il R.E.A.)

N. di dipendenti a tempo indeterminato 380

Cognome e nome del legale rappresentante_ Marco Farnetani_____

Nato a GROSSETO (GR)

il 18/05/1976

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

Sede operativa del tirocinio:

P.zza Ezio Mosnia, 1 **TRENTO** (TN)

Via Giberti, 5/a **VERONA** (VR)

Via Pisano, 47 **VERONA** (VR)

V.le dal Verme, 157 **VICENZA** (VC)

Via Romana Rompatò 1 angolo P.zza Almerico da Schio **SCHIO** (VC)

Via Bologna, 5 **MALO** (VC)

C.so Garibaldi, 177 **MANTOVA** (MN)

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

Acquisizione competenze relative al ruolo di audioprotesista, in linea con quanto richiesto dal programma universitario. In particolare i tirocinanti verranno affiancati nell'esecuzione delle seguenti attività:

- Accoglienza clienti, raccolta dati anagrafici e informativa privacy
- Manutenzione ordinaria apparecchi acustici e chioccioline (pulizia, cambio pile, filtri, tubetti)
- Esecuzione esami audiometrici con strumenti di misurazione (audiometro)
- Lettura audiogrammi/schede tecniche
- Otoscopia
- Resa protesica in campo libero/dinamico
- Accoppiamento acustico
- Presa d'impronta (per soli studenti del terzo anno di corso)
- Fitting degli apparecchi acustici

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

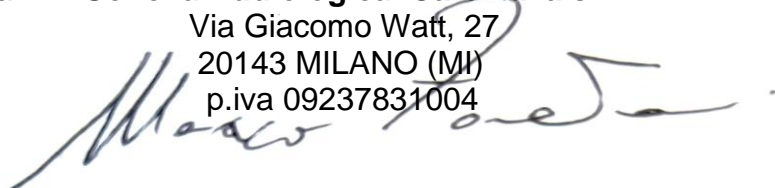
Data 12/03/2025

Timbro e firma **Sonova Audiological Care Italia srl**

Via Giacomo Watt, 27

20143 MILANO (MI)

p.iva 09237831004



Schema-tipo di richiesta di accreditamento DA COMPILARE A COMPUTER e inviare su carta intestata, timbrata, firmata e scansionata all'indirizzo ufficio.stage@ateneo.univr.it.

Tutti i campi sono obbligatori, non sono valutate le richieste incomplete.

**Al Magnifico Rettore dell'Università di Verona
Via dell'Artigliere, 8 - 37129 Verona**

OGGETTO: Richiesta di accreditamento presso l'Ateneo di Verona per tirocinio di formazione ed orientamento a favore degli studenti iscritti ai corsi di studio delle professioni sanitarie.

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 i seguenti corsi di studio (l'indicazione è necessaria al fine di consentire alle strutture didattiche competenti di acquisire ulteriori informazioni - barrare il corso o indicare il nome del master/corso di perfezionamento):

- Corso di laurea in Assistenza sanitaria
- 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 Osteopatia
- Corso di laurea in Ostetricia
- **Corso di laurea in Tecniche audioprotesiche**
- 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 delle professioni sanitarie tecniche assistenziali
- 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.

SCHEDA DI ACCREDITAMENTO DA COMPILARE A COMPUTER

Denominazione ____AUDIOLOGICA TRENTO SAS DI ANDREA MIRABELLA_____
Sede Legale Indirizzo ____VIA SANTA CROCE____ n. ____76____
Cap ____38122____ Comune ____TRENTO____ Prov. ____TN____
Telefono ____3409591116____ Sito internet _____
E-mail ____filiale024@amplifon.com_____
PEC ____audiologicatrento@pec.it_____
Codice ATECO _____ (classificazione attività economiche ISTAT – <https://www.istat.it>)
Partita Iva ____02773250226____ Codice Fiscale _____

N. di iscrizione al registro delle imprese della Camera di Commercio (non il R.E.A.) ____47.74 - 46.18.32____
oppure

N. di iscrizione ____162____ all'Albo/Ordine professionale ____TECNICO AUDIOPROTESISTA____
della Provincia di ____ROMA____

N. di dipendenti a tempo indeterminato ____3____

Cognome e nome del legale rappresentante ____ANDREA MIRABELLA_____
nato/a a ____ROMA____ il ____30/06/1995____

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

Sede operativa del tirocinio:

Indirizzo ____VIA SANTA CROCE 76____ Comune
____TRENTO____ Prov. ____TN____

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

____TIROCINIO FORMATIVO IN TECNICHE AUDIOPROTESICHE____

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 ____19/03/2025____ Timbro e firma

a 
AUDIOLOGICA TRENTO SAS
di Andrea Mirabella & C.
Via Santa Croce, 76/78 - 38122 TRENTO
Tel. 0461 984088
P.IVA/C.F. 02773250226

Schema-tipo di richiesta di accreditamento DA COMPILARE A COMPUTER e inviare su carta intestata, timbrata, firmata e scansata all'indirizzo ufficio.stage@ateneo.univr.it.

Tutti i campi sono obbligatori, non sono valutate le richieste incomplete.

**Al Magnifico Rettore dell'Università di Verona
Via dell'Artigliere, 8 - 37129 Verona**

OGGETTO: Richiesta di accreditamento presso l'Ateneo di Verona per tirocinio di formazione ed orientamento a favore degli studenti iscritti ai corsi di studio delle professioni sanitarie.

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 i seguenti corsi di studio (l'indicazione è necessaria al fine di consentire alle strutture didattiche competenti di acquisire ulteriori informazioni - barrare il corso o indicare il nome del master/corso di perfezionamento):

- ☐ Corso di laurea in Assistenza sanitaria
- ☐ 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 Osteopatia
- ☐ Corso di laurea in Ostetricia
- ☒ Corso di laurea in Tecniche audioprotesiche
- ☐ 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 delle professioni sanitarie tecniche assistenziali
- ☐ 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.

SCHEDA DI ACCREDITAMENTO DA COMPILARE A COMPUTER

Denominazione Amplifon Bussolengo
Sede Legale Indirizzo L.go Sandro Pertini n. 2
Cap 37012 Comune Bussolengo Prov. Vr
Telefono 0457151922 Sito internet _____
E-mail feelgoodsnc@gmail.com
PEC feelg-snc@legalmail.it
Codice ATECO 46.18.32 (classificazione attività economiche ISTAT – <https://www.istat.it>)
Partita Iva 04360480232 Codice Fiscale 04360480232

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

N. di iscrizione 2 all'Albo/Ordine professionale Tsrm-pstrp tecnico audioprotesista _____
della Provincia di Verona

N. di dipendenti a tempo indeterminato 2

Cognome e nome del legale rappresentante Pisetta Alberto
nato/a Verona il 27/09/1984

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

Sede operativa del tirocinio:

Indirizzo L.go Sandro Pertini 2 Comune Bussolengo Prov. VR

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

Sede _____ di _____ tirocinio
audioprotesico _____

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 20/03/2025

Timbro e firma _____

AMPLIFON ITALIA S.p.A.
Largo Sandro Pertini, 2
37012 - BUSSOLENGO (Verona)
P. IVA: 11567540965
Tel e Fax: 045.7151922

FEEL GOOD s.n.c.
di **Baroni Andrea e Pisetta Alberto**
Largo S. Pertini, 2
37012 BUSSOLENGO (Verona)
Cod. Fisc. e P. IVA: 04360480232

Schema-tipo di richiesta di accreditamento DA COMPILARE A COMPUTER e inviare su carta intestata, timbrata, firmata e scansionata all'indirizzo ufficio.stage@ateneo.univr.it.

Tutti i campi sono obbligatori, non sono valutate le richieste incomplete.

Al Magnifico Rettore dell'Università di Verona
Via dell'Artigliere, 8 - 37129 Verona

OGGETTO: Richiesta di accreditamento presso l'Ateneo di Verona per tirocinio di formazione ed orientamento a favore degli studenti iscritti ai corsi di studio delle professioni sanitarie.

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 i seguenti corsi di studio (l'indicazione è necessaria al fine di consentire alle strutture didattiche competenti di acquisire ulteriori informazioni - barrare il corso o indicare il nome del master/corso di perfezionamento):

- Corso di laurea in Assistenza sanitaria
- 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 Osteopatia
- Corso di laurea in Ostetricia
- ☒ X Corso di laurea in Tecniche audioprotesiche
- 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 delle professioni sanitarie tecniche assistenziali
- 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.

SCHEDA DI ACCREDITAMENTO DA COMPILARE A COMPUTER

Denominazione Amplifon Negrar
Sede Legale Indirizzo Via Casette n. 2
Cap 37024 Comune Negrar di Valpolicella Prov. Vr
Telefono 045 6021221 Sito internet _____
E-mail feelgoodsnc@gmail.com
PEC feelg-snc@legalmail.it
Codice ATECO 46.18.32 (classificazione attività economiche ISTAT - <https://www.istat.it>)
Partita Iva 04360480232 Codice Fiscale 04360480232

N. di iscrizione al registro delle imprese della Camera di Commercio (non il R.E.A.) _____
oppure
N. di iscrizione 2 all'Albo/Ordine professionale Tsrm-pstrp tecnico audioprotesista _____
della Provincia di Verona

N. di dipendenti a tempo indeterminato 2

Cognome e nome del legale rappresentante Pisetta Alberto
nato/a Verona il 27/09/1984

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

Sede operativa del tirocinio:

Indirizzo via casette 2 Comune Negrar di Valpolicella Prov. VR

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

Sede _____ di _____ tirocinio
audioprotesico _____

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 21/03/2025

Timbro e firma _____

FEEL GOOD s.n.c.
di Baroni Andrea e Pisetta Alberto
Vargo S. Pertini, 2
37012 BUSSOLENGO (Verona)
Cod. Fisc. e P. IVA: **04360480232**

Schema-tipo di richiesta di accreditamento DA COMPILARE A COMPUTER e inviare su carta intestata, timbrata, firmata e scansionata all'indirizzo ufficio.stage@ateneo.univr.it.

Tutti i campi sono obbligatori, non sono valutate le richieste incomplete.

Al Magnifico Rettore dell'Università di Verona

Via dell'Artigliere, 8 - 37129 Verona

OGGETTO: Richiesta di accreditamento presso l'Ateneo di Verona per tirocinio di formazione ed orientamento a favore degli studenti iscritti ai corsi di studio delle professioni sanitarie.

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 i seguenti [corsi di studio](#) (l'indicazione è necessaria al fine di consentire alle strutture didattiche competenti di acquisire ulteriori informazioni - barrare il corso o indicare il nome del master/corso di perfezionamento):

- Corso di laurea in Assistenza sanitaria
- 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 Osteopatia
- Corso di laurea in Ostetricia
- **Corso di laurea in Tecniche audioprotesiche**
- 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 delle professioni sanitarie tecniche assistenziali
- 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.

SCHEDA DI ACCREDITAMENTO DA COMPILARE A COMPUTER

DenominazioneACUSTICA ARCA DI AROLI A, TONON A, CABRINI R s.n.c.....

Sede Legale:

Indirizzovia Europan.....12.....

Cap ...46029..... ComuneSUZZARA.....Prov. (.....MN..)

Telefono.....0376368433.....Sito internet

E-mailfiliale072@amplifon.com.....

PECacusticaarcasnc@pec.it.....

Codice ATECO ...461832.....(classificazione attività economiche ISTAT – <https://www.istat.it>)

Partita Iva02205740208..... Codice Fiscale02205740208

N. di iscrizione al Registro delle imprese della Camera di Commercio (non il R.E.A.)02205740208

oppure

N. di iscrizione all'Albo/Ordine professionale

della Provincia di

N. di dipendenti a tempo indeterminato4.....

Dati del legale rappresentante:

CognomeCabriniNome..... Roberto

nato/a aCremona..... Prov. (.....CR.) il11/01/1966

Referente aziendale (persona di riferimento per i contatti con l'Università):

CognomeCabriniNome.....Roberto.....

E-mail acusticaarcasnc@pec.it

Dati del tirocinio:

➤ Sede operativa del tirocinio:

Indirizzovia Solferino e San Martino 11/a.....ComuneMantova.....Prov. (MN)

➤ Tutor aziendale del tirocinio:

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

.....
.....
.....

Data 28/03/2025

Timbro e Firma

