

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

GAIA Società Cooperativa Sociale Onlus

Via Cav. U. Gnutti, 6/a - 25065 Lumezzane (BS)

CF/ P.iva 01765520984 //SDI: CZR6GUY

Albo Regionale sez. A n. 159 // Albo Nazionale n. A124425// Iscrizione Runtis n. 7947

E-mail: info@gaiacooperativa.it Tel. +39 030 8925334

Pec: gaia@pec.confcooperative.it // www.gaiacooperativa.it

- 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 GAIA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE ONLUS

Sede Legale VIA CAV. UMBERTO GNUTTI n. 6/A

Cap 25065 Comune LUMEZZANE Prov. (BS) Telefono 030.8925334

Sito internet www.gaiacooperativa.it

E-mail l.frosio@gaiacooperativa.it

PEC gaia@pec.confcooperative.it

Codice ATECO 87.2 e 86.90.29 (*classificazione attività economiche ISTAT – <https://www.istat.it>*)

Partita Iva 01765520984 Codice Fiscale 01765520984

N. di dipendenti a tempo indeterminato 26

Legale rappresentante GALIAZZO MORENA nata a PADOVA (PD) il 18/06/1965

Persona di riferimento per i contatti con l'Università (*referente aziendale*) D.ssa FROSIO LUCIA

Sede operativa del tirocinio:

VIA CAV. UMBERTO GNUTTI, 2/A – 25065 LUMEZZANE (BS)

VIA VITTORIO VENETO, 82 – 25073 BOVEZZO (BS)

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

La cooperativa Gaia gestisce Spazio Cambiamenti, un servizio privato specialistico che promuove una cultura del benessere psicologico individuale e relazionale, grazie alla presenza di una équipe multidisciplinare altamente qualificata composta da professionisti qualificati, con grande esperienza e capacità di lavoro in team: psicologi, terapeuti, logopedisti, psicomotricisti, neuropsichiatra infantile, Tutor DSA.

In relazione alla presente richiesta di accreditamento, Spazio Cambiamenti contempla nell'organico la figura della Logopedista come professionalità dedicata ai seguenti percorsi:

GAIA Società Cooperativa Sociale Onlus

Via Cav. U. Gnutti, 6/a - 25065 Lumezzane (BS)

CF/ P.iva 01765520984 //SDI: CZR6GUY

Albo Regionale sez. A n. 159 // Albo Nazionale n. A124425// Iscrizione Runts n. 7947

E-mail: info@gaiacooperativa.it Tel. +39 030 8925334

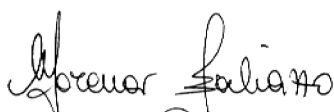
Pec: gaia@pec.confcooperative.it // www.gaiacooperativa.it

- Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA): il servizio risulta tra le equipe abilitate da ATS Brescia per la diagnosi e il trattamento dei suddetti disturbi, grazie a una equipe composta da psicologhe, logopediste, neuropsichiatra.
- Disturbi del linguaggio/comunicazione: riguardano le attività linguistiche come l'acquisizione e l'uso di diverse modalità di linguaggio (parlato e scritto), la mancata o ridotta fluency del discorso, la scarsa o assente strutturazione della frase. Il trattamento e la valutazione vengono svolti rispetto a: disturbo fonetico-fonologico, disfluenza (balbuzie), deglutizione atipica. Training dei disturbi dell'apprendimento e dell'attenzione, anche con il Metodo Integrato (modello Benso), mirano a potenziare le componenti attentive esecutive, gli apprendimenti complessi (lettura, scrittura, calcolo) e le funzioni sottostanti (linguaggio, visuo-percezione) che risultano deboli dalla valutazione. Screening e attività di potenziamento nella fascia dell'ultimo anno di asilo nido e negli anni della scuola materna sono finalizzati a favorire il corretto sviluppo delle abilità linguistiche e logiche e il potenziamento delle capacità grafiche, prerequisiti fondamentali per l'apprendimento.
- Interventi nelle scuole dell'Infanzia (ultimo anno di frequenza) finalizzati a: potenziare le competenze metafonologiche che stanno alla base dell'apprendimento della letto-scrittura; Stimolare le abilità logico-matematiche; Supportare le funzioni esecutive trasversali a tutti gli apprendimenti (attenzione, shifting, inibizione, problem solving).

Il tirocinio potrebbe prevedere la presenza dello/a Studente all'interno dei percorsi descritti, un'opportunità che vede la figura del Logopedista operativa in diversi contesti a fianco di un'equipe multidisciplinare.

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


La Presidente Galiazzo Morena



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
- ☒ **X** 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

Denominazione _Noemi Zottele – Centro PDR_

Sede Legale Indirizzo _Via Rorei_ n. _11_

Cap _38050_ Comune _Roncegno Terme_ Prov. _TN_

Telefono _3481062531_ Sito internet _<http://www.centropdr.it>_

E-mail _noemi.zottele@gmail.com_

PEC _noemi.zottele@pec.tsrp-pstrp.org_

Codice ATECO _86.99.09_ (*classificazione attività economiche ISTAT – <https://www.istat.it>*)

Partita Iva _02544260223_ Codice Fiscale _ZTTNMO95C65B006M_

N. di iscrizione _88_ all'Albo/Ordine professionale _TSRM-PSTRP_
della Provincia di _Trento_

N. di dipendenti a tempo indeterminato _0_

Cognome e nome del legale rappresentante _Noemi Zottele_
nato/a a _Borgo Valsugana_ il _25/03/1995_

Persona di riferimento per i contatti con l'Università (*referente aziendale*) _Noemi Zottele_

Sede operativa del tirocinio:

Indirizzo _Viale Dante n.86_ Comune _Pergine Valsugana_ Prov. _TN_

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

Tirocinio formativo per studenti del CdL Logopedia, attività diretta ed indiretta di valutazione e trattamento di soggetti in età evolutiva ed adulta/geriatrica

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 _2 aprile 2025_

Timbro e firma Noemi Zottele

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 centro MINDtheKIDS _____
Sede Legale Indirizzo via Salboro _____ n. 22/b
Cap 35124 _____ Comune _____ PADOVA Provincia. _pd
Telefono ____3518007234 Sito internet ____www.centromindthekids.com
E-mail presidenza@centromindthekids.com
PEC ____mindthekids@legalmail.it
Codice ATECO 881000 (classificazione attività economiche ISTAT – <https://www.istat.it>)
Partita Iva ____05225930287 Codice Fiscale _____05225930287

N. di iscrizione al registro delle imprese della Camera di Commercio (non il R.E.A.) _____05225930287
oppure

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

N. di dipendenti a tempo indeterminato ____5

Cognome e nome del legale rappresentante _____ Monica Rigotti
nato/a a _____ Milano il _____19.06.1983

Persona di riferimento per i contatti con l'Università (referente aziendale)
_____ Cavaliere Laura

Sede operativa del tirocinio:

Indirizzo _____ via cengio 39 a vicenza e/o via Battaglia,41 Albignasego (pd).

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

Il progetto di tirocinio prevede l'osservazione, l'assistenza e l'implementazione, sotto la guida di una terapeuta e logopedista formato, nell'ambito della riabilitazione di soggetti affetti da disturbi del neurosviluppo mediante strategie e interventi evidence based.

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 08/01/2025

Timbro e firma _____

MIND the KIDS
www.centromindthekids.com
P.IVA e C.F. 05225930287
Pec: mindthekids@legalmail.it
info@centromindthekids.com