

FARMACIA PELLICANO'

Dott.ssa Luciana

Viale Calabria,78 tel. 0965.52022

89133 Reggio Calabria

Partita iva 01439560804

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" 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:

- 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 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 delle professioni sanitarie tecniche assistenziali
- Corso di laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche
- Corso di laurea magistrale in Scienze riabilitative delle professioni sanitarie
- X Master o Corso di perfezionamento in FARMACO VIGILANZA, FARMACOEPIDEMOLOGIA, FARMACOECONOMIA E REAL WORLD EVIDENCE

Cordiali saluti.

Denominazione FARMACIA DOTT.SSA PELLICANO' LUCIANA
Sede Legale Indirizzo VIALE CALABRIA n. 78
Cap 89133 Comune REGGIO DI CALABRIA Prov. RC
Telefono 096552022 Sito internet <https://www.farmaciapellicano.it/>
E-mail LUCIANA.PELLICANO61@GMAIL.COM
PEC 14428@PEC.FEDERFARMA.IT
Codice ATECO 477310
Partita Iva 01439560804 Codice Fiscale PLLLCN61L54H224A

N. di iscrizione al registro delle imprese della Camera di Commercio 01439560804

N. di dipendenti a tempo indeterminato 14

Cognome e nome del legale rappresentante
PELLICANO' LUCIANA
nato/a a REGGIO DI CALABRIA il 14/07/1961

Persona di riferimento per i contatti con l'Università
RIOLO ALESSANDRA
nato/a a FIESOLE Prov. (FI) il 25/01/1996

Sede operativa del tirocinio:
Indirizzo VIALE CALABRIA 78 Comune REGGIO DI CALABRIA Prov RC

Breve descrizione del progetto di tirocinio ed area funzionale di inserimento aziendale:
Attività inerenti al master FARMACO VIGILANZA, FARMACOEPIDEMIOLOGIA, FARMACOECONOMIA E
REAL WORLD EVIDENCE.

Farmacia PELLICANÒ
Dott.ssa Luciana
Viale Calabria, 78 - Tel. 0965.52022
89133 Reggio Calabria
Partita IVA 01439560804
Cod. Fisc. PLL LCN 61L54 H224A

Data 21-03-2025

Timbro e firma _____

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 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 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 FARMACOVIGILANZA, FARMACOEPIDEMOLOGIA, FARMACOECONOMIA E REAL WORLD EVIDENCE

Cordiali saluti.

SCHEDA DI ACCREDITAMENTO DA COMPILARE A COMPUTER

Denominazione ACEL pharma s.r.l

Sede Legale Indirizzo Via Manzoni n. 2

Cap 10092 Comune BEINASCO Prov. TO

Telefono 011 18858215 Sito internet www.candioli.it

E-mail info@candioli.it

PEC acel.pharma@legalmail.it

Codice ATECO 10.92 (*classificazione attività economiche ISTAT – <https://www.istat.it>*)

Partita Iva 10358780012 Codice Fiscale 10358780012

N. di iscrizione al registro delle imprese della Camera di Commercio (*non il R.E.A.*) 10358780012

oppure

N. di iscrizione / all'Albo/Ordine professionale /

della Provincia di /

N. di dipendenti a tempo indeterminato 40

Cognome e nome del legale rappresentante CANDIOLI ENRICA

nata a MONCALIERI il 07/12/1943

Persona di riferimento per i contatti con l'Università (*referente aziendale*) CHIARA MONTANARI

Sede operativa del tirocinio:

Indirizzo VIA MANZONI 2 Comune BEINASCO Prov. TO

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

Sviluppo di competenze specialistiche nella gestione delle segnalazioni di reazioni avverse ai farmaci (ADR), comprendente l'analisi, la valutazione e la successiva gestione dei casi, in conformità con le normative vigenti. Applicazione delle normative europee e internazionali in ambito di farmacovigilanza, con particolare riferimento alle linee guida dell'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA), ai principi delle Good Pharmacovigilance Practices (GVP) e agli standard dell'International Council for Harmonisation (ICH). Supporto attivo nella redazione, revisione e aggiornamento della documentazione di farmacovigilanza, inclusi rapporti periodici di sicurezza (PSUR), Risk Management Plans (RMP), e relazioni aggregate. Partecipazione alla stesura e aggiornamento di SOP interne, contribuendo a garantirne l'allineamento con le normative di riferimento.

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 14/04/2025

Timbro e firma

ACEL pharma S.r.l.
Via A. Manzoni 2
10092 BEINASCO (TO)
C.F. / P. I. 10358780012



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 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 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 Master in Farmacovigilanza, Farmacoepidemiologia, Farmacoeconomia e Real World Evidence _____

Cordiali saluti.

SCHEDA DI ACCREDITAMENTO DA COMPILARE A COMPUTER

Denominazione ADLER ORTHO SPA_____

Sede Legale Indirizzo Via dell'Innovazione n. 9

Cap 20032 Comune Cormanò Prov. MI

Telefono 02/615437254 Sito internet www.adlerortho.com

E-mail alazzaron@adlerortho.com

PEC info@pec.adlerortho.com

Codice ATECO 32.50.20 (nuovo codice ateco) (classificazione attività economiche ISTAT – <https://www.istat.it>)

Partita Iva 02348611209 Codice Fiscale 02348611209

N. di iscrizione al registro delle imprese della Camera di Commercio (non il R.E.A.) 02348611209

oppure

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

della Provincia di _____

N. di dipendenti a tempo indeterminato 156

Cognome e nome del legale rappresentante Dasi Andrea

nato/a a Rimini il 30/03/1966

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

Sede operativa del tirocinio:

Indirizzo via Trento 115/117 Comune Mezzolombardo_Prov. TN_____

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

Collaborazione in:

- *stesura di alcuni documenti facente parte dei fascicoli tecnici dei dispositivi medici ai sensi di Regolamento UE 2017/745, come ad esempio PSUR, SSCP, piani e report di valutazione del rischio, piano e report di valutazione biologica, piano e report di valutazione clinica, schede tecniche prodotto, IFU, Patient information leaflet, etc.*
- *raccolta ed elaborazione dei dati di vigilanza e sorveglianza (post market surveillance) dei DM aziendali, ad esempio tramite gestione e analisi di segnalazioni, reclami e non conformità, preparazione e valutazione di questionari di follow up clinico, questionari di soddisfazione, ecc."*

Area funzionale di inserimento aziendale: "Regulatory Affairs"

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 15.04.2025

Timbro e firma _____

ADLER ORTHO S.P.A.
CONSIGLIERE DELEGATO
ANDREA DASI