



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 (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.

STUDIO ABILA SRL-STP  
Sede di Piovene Rocchette (VI) - Via Santa Eurosia, 1  
Sede di Malo (VI) - Via Trieste, 48  
Tel. 0445 652472  
email: [info@abila.eu](mailto:info@abila.eu) - [www.abila.eu](http://www.abila.eu)  
C.F. 04157430242 - P.Iva 04157430242

**Denominazione** STUDIO ABILA SRL STP

**Sede Legale:** Indirizzo VIA SANT'Eurosia, n. 1

Cap 36013 Comune PIOVENE ROCCHETTE Prov. VI

Telefono 0445/652472 Sito internet [www.abila.eu](http://www.abila.eu)

E-mail [info@abila.eu](mailto:info@abila.eu)

PEC [studioabila@pec.it](mailto:studioabila@pec.it)

Codice ATECO 86.90.21 (*classificazione attività economiche ISTAT – <https://www.istat.it>*)

Partita Iva 04157430242 Codice Fiscale 04157430242

N. di iscrizione 3 all'Albo/Elenco Speciale della professione sanitaria di Fisioterapista, presso l'ordine interprovinciale di Belluno, Treviso, Vicenza e Verona

N. di dipendenti a tempo indeterminato: 1

**Dati del legale rappresentante:**

Cognome BUSIN Nome RICCARDO

nato/a a THIENE Prov. (VI) il 30/04/1970

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

Cognome BUSIN Nome RICCARDO

E-mail [info@abila.eu](mailto:info@abila.eu)

**Dati del tirocinio:**

➤ Sede operativa del tirocinio:

Indirizzo VIA SANT'Eurosia, 1 Comune PIOVENE ROCCHETTE Prov. (VI)

➤ Tutor aziendale del tirocinio:

Cognome BUSIN Nome RICCARDO

iscritto all'Albo/Ordine professionale della professione sanitaria di Fisioterapista, presso l'ordine interprovinciale di Belluno, Treviso, Vicenza e Verona N. di iscrizione 427

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

Valutazione delle problematiche muscoloscheletriche attraverso scale di valutazione idonee da somministrare prima e dopo il trattamento al fine di evidenziare l'efficacia dell'approccio utilizzato.

Data 13/03/2025

Timbro e firma .....



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

**STUDIO ABILA SRL-STP**

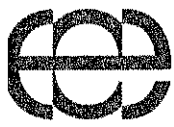
Sede di Piovene Rocchette (VI) - Via Santa Eurosia, 1

Sede di Malo (VI) - Via Trieste, 48

Tel. 0445 652472

email: [info@abila.eu](mailto:info@abila.eu) - [www.abila.eu](http://www.abila.eu)

C.F. 04157430242 - P.Iva 04157430242



# Evidence Clinic

Riabilitazione | Movimento | Benessere

Centro Medico specializzato in Riabilitazione e Prevenzione  
Direttore Sanitario: Dott. Matteo Casarotto  
Viale del Commercio 22, Soave (VR)

**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.

Evidence Clinic  
Viale del Commercio 22, Soave (VR)  
E-mail: [info@evidenceclinic.it](mailto:info@evidenceclinic.it); Tel: 045 2457682  
[www.evidenceclinic.it](http://www.evidenceclinic.it)



**Evidence  
Clinic**

Riabilitazione | Movimento | Benessere

Centro Medico specializzato in Riabilitazione e Prevenzione  
Direttore Sanitario: Dott. Matteo Casarotto  
Viale del Commercio 22, Soave (VR)

## **SCHEMA DI ACCREDITAMENTO DA COMPILARE A COMPUTER**

**Denominazione:** EVIDENCE CLINIC SRL

### **Sede Legale:**

Indirizzo: VIALE DEL COMMERCIO n. 22

Cap: 37038; Comune: SOAVE (VR)

Telefono: 045 2457682; Sito internet: [www.evidenceclinic.it](http://www.evidenceclinic.it)

E-mail: [info@evidenceclinic.it](mailto:info@evidenceclinic.it)

PEC: [evidence.clinic@pec.it](mailto:evidence.clinic@pec.it)

Codice ATECO: 86.22.09 (classificazione attività economiche ISTAT – <https://www.istat.it>)

Partita Iva: 05059620233; Codice Fiscale: 05059620233

N. di iscrizione al Registro delle imprese della Camera di Commercio (non il R.E.A.): VR464821  
oppure

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

N. di dipendenti a tempo indeterminato: 1

### **Dati del legale rappresentante:**

Cognome: CONFENTE Nome: MIRCO

nato a SOAVE (VR) il 27/02/1993

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

Cognome: CONFENTE Nome: MIRCO

E-mail: [amministrazione@evidenceclinic.it](mailto:amministrazione@evidenceclinic.it)

### **Dati del tirocinio:**

☐ Sede operativa del tirocinio:

Indirizzo: VIALE DEL COMMERCIO 22; Comune SOAVE (VR)

☐ Tutor aziendale del tirocinio:

Cognome CONFENTE Nome MIRCO

iscritto all'Albo/Ordine professionale dei FISIOTERAPISTI

della Provincia di BL-TV-VI-VR n. 29

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

Accompagnamento nel ragionamento clinico in ottica bio psico sociale secondo approccio Evidence Based sia per quanto riguarda disturbi di natura muscolo scheletrica (ortopedica, uro ginecologica, temporo mandibolare, etc.) che neurologica, sportiva, etc.



# Evidence Clinic

Riabilitazione | Movimento | Benessere

Centro Medico specializzato in Riabilitazione e Prevenzione  
Direttore Sanitario: Dott. Matteo Casarotto  
Viale del Commercio 22, Soave (VR)

Data 05/03/2025

Timbro e firma .....

**EVIDENCE CLINIC SRL**

Viale del Commercio, 22  
37038 SOAVE (VR)  
P.IVA 05029620293

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

