

FISIOTERAPIA di F. Grassetti e M. Zucchi
 Studio Professionale Fisioterapico
 Via Cesare Maccari, 101 - 00125 Roma
 P. IVA/C.F. 10731811005

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 in Osteopatia nelle Disfunzioni Neuro Muscolo-scheletriche**

Cordiali saluti.

Data

28/4/2025

Timbro e firma

FISIOTERAPIA di F. Grassetti e M. Zucchi
 Studio Professionale Fisioterapico
 Via Cesare Maccari, 101 - 00125 Roma
 P. IVA/C.F. 10731811005

SCHEDA DI ACCREDITAMENTO AZIENDA / ENTE PUBBLICO / STUDIO PROFESSIONALE

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

Denominazione Studio Professionale Fisioben

Sede Legale - Via Cesare Maccari n 101

Cap 00125 Comune Roma Prov. RM

Telefono 3316777381

E-mail fgrassetti@yahoo.com

PEC federico.grassetti@pec.fnofi.it

Sito internet www.fisiobenroma.com

Codice ATECO 86.95

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

Partita Iva 10731811005 Codice Fiscale 10731811005

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

oppure N. di iscrizione 2777 all'Albo/Ordine professionale di Fisioterapisti della Provincia di Roma

N. di dipendenti a tempo indeterminato 0

Cognome e nome del legale rappresentante Federico Grassetti

Nato a Roma il 18/08/1970

Persona di riferimento per i contatti con l'Università (referente aziendale) Federico Grassetti

Dati del tirocinio:

Sede operativa - Via Cesare Maccari 101

Cap 00125 Comune Roma Prov. RM

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

Attività di osservazione delle disfunzioni motorie in soggetti sani o sintomatici; individuazione palpatoria dei reperi anatomici, movimenti articolari e caratteristiche tessutali dell'apparato locomotore; osservazione ed esecuzione di tecniche di valutazione delle funzioni dell'apparato locomotore; scelta ed esecuzione delle tecniche di trattamento specifiche per i differenti elementi costituenti dell'apparato locomotore.

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 28/4/2011

Timbro e firma

FISIOPEN di F. Grassetti e M. Zucchi
Studio Professionale Fisioterapico
Via Cesare Maccari, 101 - 00125 Roma
P. IVA/C.F. 10731811005

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" () 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" - ():

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 in Osteopatia nelle Disfunzioni Neuro Muscolo-scheletriche**

Cordiali saluti.

MASSIMILIANO GRECO
DOTTORE In FISIOTERAPIA
OSTEOPATA

Data 07/05/2025

Timbro e firma Massimiliano Greco

SCHEDA DI ACCREDITAMENTO AZIENDA / ENTE PUBBLICO / STUDIO PROFESSIONALE

Denominazione Greco

Massimiliano

Sede Legale: Viale della

Cavalleria n. 4

Cap. 73100 Comune: Lecce Prov. LE

Telefono 0832 1698758

E-mail

.....

PEC

Sito internet <https://massimilianogreco.com/>

Codice ATECO 869029

(classificazione delle attività economiche adottata dall'ISTAT – consultabile al link)

Partita Iva 03490420753 Codice Fiscale

..... GRCMSM73C12E506G

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

oppure N. di iscrizione: 4 all'Albo/Ordine professionale:

Ordine interprovinciale della professione sanitaria di fisioterapista di Brindisi e Lecce

..... della Provincia di Lecce

N. di dipendenti a tempo indeterminato 0

Cognome e nome del legale rappresentante Greco Massimiliano

.....

Nato/a a Lecce il

..... 12/03/1973

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

Massimiliano

...

Dati del tirocinio:

Sede operativa Viale della Cavalleria

4

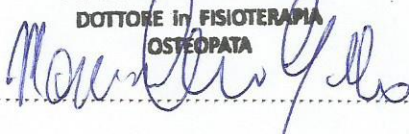
Cap. 73100 Comune Lecce Prov. LE

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

Attività di osservazione delle disfunzioni motorie in soggetti sani o sintomatici; individuazione palpatoria dei reperi anatomici, movimenti articolari e caratteristiche tessutali dell'apparato locomotore; osservazione ed esecuzione di tecniche di valutazione delle funzioni dell'apparato locomotore; scelta ed esecuzione delle tecniche di trattamento specifiche per i differenti elementi costituenti dell'apparato locomotore.

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 07/05/2025

MASSIMILIANO GRECO
DOTTORE in FISIOTERAPIA
OSTEOPATA
Timbro e firma 

Schema-tipo di richiesta di accreditamento da inviare su carta intestata dell'azienda/ente/studio timbrata, firmata e scansionata all'indirizzo ufficio.stage@ateneo.univr.it e in copia conoscenza ad servizi.studenti@eomititalia.it. Non sono valutate le richieste incomplete.

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 in Osteopatia nelle Disfunzioni Neuro Muscolo-scheletriche**

Cordiali saluti.

AD ASTRA Snc di Mennella E. e Chiusaroli J.
Via Aquileia, 90 - Grosseto
PIVA e C.F. 01682760531
+39 351 6577132

Data ...20/05/2025.....

Timbro e firma

SCHEDA DI ACCREDITAMENTO AZIENDA / ENTE PUBBLICO / STUDIO PROFESSIONALE

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

Denominazione AD ASTRA SNC DI MENNELLA E. E CHIUSAROLI J.....

Sede Legale - Via...AQUILEIA.....n.90.....

Cap 58100..... Comune GROSSETO.....Prov. GR.....

Telefono...3516577132.....

E-mail ...ADASTRAGR@GMAIL.COM.....

PEC ...ADASTRA@CERT.CNA.IT.....

Sito internet...-.....

Codice ATECO ...960202.....

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

Partita Iva ...01682760531..... Codice Fiscale

N. di iscrizione al registro delle imprese della Camera di Commercio (non il R.E.A.) ...01682760531

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

Provincia di

N. di dipendenti a tempo indeterminato0.....

Cognome e nome del legale rappresentante...CHIUSAROLI JESSICA.....

Nato/a a ...VITERBO..... il ...05/09/1990.....

Persona di riferimento per i contatti con l'Università (referente aziendale) ...CHIUSAROLI JESSICA.....

Dati del tirocinio:

Sede operativa - Via...AQUILEIA 90.....

Cap...58100..... Comune ...GROSSETO.....Prov. ...GR.....

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

Attività di osservazione delle disfunzioni motorie in soggetti sani o sintomatici; individuazione palpatoria dei reperi anatomici, movimenti articolari e caratteristiche tessutali dell'apparato locomotore; osservazione ed esecuzione di tecniche di valutazione delle funzioni dell'apparato locomotore; scelta ed esecuzione delle tecniche di trattamento specifiche per i differenti elementi costituenti dell'apparato locomotore.

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 ...20/05/2025.....

Timbro e firma

AD ASTRA Snc di Mennella E. e Chiusaroli J.
Via Aquileia, 90 - Grosseto
P.IVA e C.F. 01682760531
+39 351 6577132