

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.

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 curriculare" secondo lo schema concordato.

Si dichiara il prevalente interesse per il Master in Cure palliative.

Cordiali saluti.

SCHEDA DI ACCREDITAMENTO DA COMPILARE A COMPUTER

Denominazione ASST Fatebenefratelli Sacco

Sede Legale:

Indirizzo Via G.B. Grassi, 74

Cap 20157 Comune Milano..Prov. (MI)

Telefono 02.3904.1 - 02 6363.1 Sito internet <https://www.asst-fbf-sacco.it/>

E-mail

PEC protocollo.generale@pec.asst-fbf-sacco.it

Codice ATECO 86.10 (*classificazione attività economiche ISTAT – <https://www.istat.it>*)

Partita Iva 09319690963 Codice Fiscale 09319690963

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

oppure

N. di iscrizione all'Albo/Ordine professionale

della Provincia di

N. di dipendenti a tempo indeterminato

Dati del legale rappresentante:

Cognome **Colombo** Nome **Maria Grazia**

nato/a a Legnano Prov. (MI) il 08/02/1960

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

Cognome **Pezone** Nome **Noemi**

E-mail rapporticonvenzionali@asst-fbf-sacco.it

ufficio.tirocini.fbf@asst-fbf-sacco.it

ufficio.tirocini.sacco@asst-fbf-sacco.it

Dati del tirocinio:

➤ Sede operativa del tirocinio: PO Fatebenefratelli e Oftalmico

Indirizzo Piazzale Principessa Clotilde, 3 Comune Milano Prov. (MI)

➤ Tutor aziendale del tirocinio:

CognomeNome.....

iscritto all'Albo/Ordine professionale

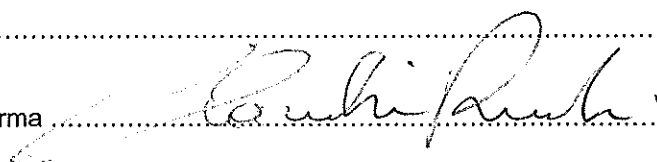
della Provincia diN. di iscrizione

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

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

Data 15/04/2025

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.