

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)

- X 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
- x Master in Osteopatia nelle Disfunzioni Neuro Muscolo-scheletriche**

Cordiali saluti.

STUDIO
PHY/IO
SOCIETA' TRA PROFESSIONISTI SRL
Piazza della Libertà, 7/6
15061 - Arquata Scrivia (AL)
cell. 3478979631.....
C.F./P.I 02716700063

Data15/5/2025.....

Timbro e firma

SCHEDA DI ACCREDITAMENTO AZIENDA / ENTE PUBBLICO / STUDIO PROFESSIONALE

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

DenominazioneSTUDIO PHYSIO.....
Sede Legale - Via.....PIAZZA DELLA LIBERTA'n.....7/6.....
Cap 15061..... **Comune** ...ARQUATA SCRIVIA.....**Prov.** AL.....
Telefono.....3478979631.....
E-mailphysioarquata@gmail.com.....
PECgiorgio.bertoli@pec.it.....
Sito internet.....www.studio-physio.it.....
Codice ATECO86.90.21.....
(classificazione delle attività economiche adottata dall'ISTAT – consultabile al link <http://www3.istat.it>)
Partita Iva ...02716700063..... **Codice Fiscale**BRTGRG84B07D969M.....
N. di iscrizione al registro delle imprese della Camera di Commercio (non il R.E.A.) ...02716700063.
oppure N. di iscrizione..... all'Albo/Ordine professionale didella
Provincia di
N. di dipendenti a tempo indeterminato/.....

Cognome e nome del legale rappresentante.....BERTOLI GIORGIO.....
Nato/a aGENOVA..... **il**7/2/84.....
Persona di riferimento per i contatti con l'Università (referente aziendale)
.....BERTOLI GIORGIO.....

Dati del tirocinio:

Sede operativa - Via.....PIAZZA DELLA LIBERTA' 7/6
Cap....15061.... **Comune**ARQUATA SCRIVIA.....**Prov.** AL.....

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 ...15/5/2025..... **Timbro e firma**

STUDIO
PHYSIO
SOCIETÀ TRA PROFESSIONISTI SRL
Piazza della Libertà, 7/6
15061 - Arquata Scrivia (AL)
cell. 3478979631
C.F./P.I 02716700063

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@eomitalia.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.

Data 18/6/2025

Timbro e firma

ATLANTE SRL
 Strada Bresciana, 47 - 37139 Verona
 Tel. 045.2061676
segreteria@centroatlanteverona.it
 P. IVA / C.F.: 03970160234

SCHEDA DI ACCREDITAMENTO AZIENDA / ENTE PUBBLICO / STUDIO PROFESSIONALE

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

Denominazione ATLANTE SRL
Sede Legale - Via STRADA BRESCIANA n. 14
Cap. 37139 Comune VERONA Prov. VR
Telefono 045/2061676
E-mail segreteria@centroatlanteverona.it
PEC atlante.1@legalmail.it
Sito internet WWW.CENTROATLANTEVERONA.IT
Codice ATECO 86.22.03
(classificazione delle attività economiche adottata dall'ISTAT – consultabile al link <http://www3.istat.it>)
Partita Iva 03970160234 Codice Fiscale 03970160234
N. di iscrizione al registro delle imprese della Camera di Commercio (non il R.E.A.)
oppure N. di iscrizione 5659 all'Albo/Ordine professionale di FNOFI della
Provincia di CREMONA
N. di dipendenti a tempo indeterminato 6

Cognome e nome del legale rappresentante CORRADINI GIUANO
Nato/a a BUSSOLENGO il 08/05/1968
Persona di riferimento per i contatti con l'Università (referente aziendale)
..... Federico Pico

Dati del tirocinio:

Sede operativa - Via STRADA BRESCIANA 14
Cap. 37139 Comune VERONA Prov. VR

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 18/6/2015 Timbro e firma
ATLANTE SRL
Strada Bresciana, 14 / 37139 Verona
Tel. 045/2061676
segreteria@centroatlanteverona.it
P. IVA I.C.F. 03970160234

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 Universitario in Osteopatia nei Disturbi Neuro Muscolo Scheletrici

Cordiali saluti.

SCHEDA DI ACCREDITAMENTO DA COMPILARE A COMPUTER

Denominazione Onorato Domenico

Sede Legale: 21

Indirizzo Via Raffaele Iorio n.

Cap 86170 **Comune** Isernia **Prov. (IS.....)**

Telefono 3398869905 **Sito internet**

E-mail d.onorato@alice.it

PEC domenicoonorato@pec.fnofi.it

Codice ATECO 869021 (classificazione attività economiche ISTAT - <https://www.istat.it>)

Partita Iva 00868590944 **Codice Fiscale** NRTDNC71H28Z133L

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

oppure

N. di iscrizione 198 **all'Albo/Ordine professionale** Fnofi

della Provincia di Isernia

N. di dipendenti a tempo indeterminato

Dati del legale rappresentante:

Cognome Onorato **Nome** Domenico

nato/a a Svizzera **Prov. (EE.....)** il 28/06/1971

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

Cognome Onorato **Nome** Domenico

E-mail d.onorato@alice.it

Dati del tirocinio:

➤ **Sede operativa del tirocinio:**

Indirizzo Via Raffaele Iorio 21 **Comune** Isernia **Prov. (IS.....)**

➤ **Tutor aziendale del tirocinio:**

Cognome Onorato **Nome** Domenico

iscritto all'Albo/Ordine professionale Fnofi

della Provincia di Isernia **N. di iscrizione** 198

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

Osservazione e affiancamento alla pratica clinica affinché gli studenti migliorino

le competenze nella valutazione e nel trattamento dei pazienti con disfunzioni neuromuscoloscheletriche.

.....

Data 20/06/2025

Timbro e firma

Dott. Domenico Onorato
Osteopata D.O. Fisioterapista
Via R. Iorio 21 - 86170 ISERNIA
C.F. NRTDNC71H28Z133L
Part. IVA 00868590944

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