**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*](https://www.univr.it/it/i-nostri-servizi/servizi-per-aziende/stage-e-tirocini/come-l-azienda-puo-proporre-e-attivare-stage-per-studenti/come-attivare-il-tirocinio-per-i-corsi-di-studio-delle-professioni-sanitarie)) 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](https://www.univr.it/it/corsi-di-studio/2024-2025/medicina-e-chirurgia) (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.

**SCHEDA DI ACCREDITAMENTO DA COMPILARE A COMPUTER**

**Denominazione** …………………………………………………………………………………………………………….

**Sede Legale:**

Indirizzo ………………………………………………………………………………………………………n.……………

Cap ………… Comune ………………………………………………………………………………..Prov. (…………..)

Telefono…………………………………………Sito internet ………………………………………………….…………

E-mail …………………………………………………………………………………………………………………………

PEC ……………………………………………………………………………………………………………..……………

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

Partita Iva ……………………………………………. Codice Fiscale ……………………………………………………

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……………………………………………………………Nome………………………………………………

nato/a a ………………………………..……………………………… Prov. (…………..) il …………………………..

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

Cognome……………………………………………………………… Nome…………………………………………

E-mail …………………………………………………………………………………………………………………….

**Dati del tirocinio:**

* Sede operativa del tirocinio:

Indirizzo ……………………………………………………Comune ……………………………………..Prov. (…….)

* Tutor aziendale del tirocinio:

Cognome………………………………………………………………Nome………………………………………….

iscritto all’Albo/Ordine professionale ………………………………………………………………………………….

della Provincia di ……………………………………………………………..N. di iscrizione ………………………..

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

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

Data ………………………….. 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.*