

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**. 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 o Corso di perfezionamento in

.....  
Cordiali saluti.

Data ..... Timbro e firma .....

**SCHEDA DI ACCREDITAMENTO AZIENDA / ENTE PUBBLICO / STUDIO PROFESSIONALE**  
(tutti i campi della scheda sono obbligatori – da compilare a computer)

Denominazione .....

Sede Legale - Via.....n.....

Cap..... Comune .....Prov. ....

Telefono.....

E-mail .....

PEC .....

Sito internet.....

Codice ATECO .....(classificazione delle attività economiche adottata dall'ISTAT – consultabile al link <http://www3.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 di  
.....della Provincia di .....

N. di dipendenti a tempo indeterminato .....

Cognome e nome del legale rappresentante.....

Nato/a a ..... il .....

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

Dati del tirocinio:

Sede operativa - Via.....

Cap..... Comune .....Prov. ....

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

*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 ..... Timbro e firma .....