**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 (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 Ostetricia
* Corso di laurea in Scienze nutraceutiche e della salute alimentare
* 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome e nome del legale rappresentante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Persona di riferimento per i contatti con l’Università *(referente aziendale)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede operativa del tirocinio:

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_