2019-UNVRCLE-0152061 - SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA - - 27/03/2019

ATLANTIS
centro polivalente di utilità sociale

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 magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche
- ☐ Corso di laurea magistrale in Scienze riabilitative delle professioni sanitarie
- ☒ Master o Corso di perfezionamento in

.....EDUCATORE ESPERTO PER LE DISABILITÀ SENSORIALI E MULTIFUNZIONALI

Cordiali saluti.

Data 25/03/19 Timbro e firma .....

31033 Castelfranco Veneto - Treviso - Via Postioma di Salvarosa 23/a
Centralino 0423 706700 - RSA 0423 706710 - 706711- Fax 0423 494105 - Infermeria 0423 706709 - 706739
www.centroatlantis.org / e-mail: centroatlantis@centroatlantis.org

ATLANTIS
centro polivalente di utilità sociale

SCHEDA DI ACCREDITAMENTO AZIENDA / ENTE PUBBLICO / STUDIO PROFESSIONALE

Denominazione L'INCONTRO COOPERATIVA SOCIALE
Sede Legale – Via OSPEDALE n 10
Cap 31033 Comune CASTELFRANCO VENETO Prov. TV
Telefono 0423/706100 (centralino)
E-mail atena_atlantis@outlook.it
PEC lincontro@pec.confcooperative.it
Sito internet www.centroatlantis.org
Codice ATECO 88.00.00 (*classificazione delle attività economiche adottata dall'ISTAT – consultabile al link http://www3.istat.it)*
Partita Iva 02315500260 Codice Fiscale 02315500260
N. di iscrizione al registro delle imprese della Camera di Commercio *(non il R.E.A.)* TV202815
oppure N. di iscrizione…… all'Albo/Ordine professionale di ……della Provincia di ……
N. di dipendenti a tempo indeterminato 330 circa

Cognome e nome del legale rappresentante MAZZON LUCA
Nato/a a ROMA il 03/07/1966

Persona di riferimento per i contatti con l'Università *(referente aziendale)*
Dott.ssa FEDERICA SIMONETTO

Dati del tirocinio:
Sede operativa - CENTRO ATLANTIS Via POSTIOMA 23/A
Cap 31033 Comune CASTELFRANCO VENETO Prov. TV

ATLANTIS
centro polivalente di utilità sociale

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

La tirocinante affiancherà gli educatori durante le diverse attività educative/occupazionali quotidiane, seguendo sia l'aspetto progettuale che l'attività in sè avendo la possibilità di seguire, in accordo con gli stessi, un piccolo gruppo di persone con disabilità. Avrà inoltre la possibilità di seguire il lavoro degli operatori nella quotidianità e nella relazione con le persone con disabilità, presenti in struttura. Potrà assistere all'equipe di lavoro condotto dall'educatore con gli operatori dei singoli gruppi.

Alla luce della tipologia di tirocinio offerto e della normativa regionale di riferimento, l'Ateneo si riserva di valutare e di acquisire ulteriori informazioni.
Informativa art. 13 D. Lgs. 30/06/03 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".
Si autorizza l'Università di Verona al trattamento dei dati forniti per finalità connesse alla gestione e all'attivazione di stage/tirocini ex D.M. 142/98.

Data 25.03.19 Timbro e firma .....

L'INCONTRO Coop. Sociale
Via Ospedale, 10 – Telefono 0423.721418
31033 CASTELFRANCO VENETO (Treviso)
Partita IVA 02315500260
Centro di Attività Sociale ATLANTIS
Via Postioma 23/A ☎ 0423.497592

2019-UNVRCLE-0161191 - SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA - - 10/04/2019

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 magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche
- ☐ Corso di laurea magistrale in Scienze riabilitative delle professioni sanitarie
- x Master o Corso di perfezionamento in

Educatore esperto in disabilità Sensoriali e multif.

Cordiali saluti.

Data 04/04/2019 Timbro e firma SONDA Società Coop. Soc. Onlus

SCHEDA DI ACCREDITAMENTO AZIENDA / ENTE PUBBLICO / STUDIO PROFESSIONALE

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

Denominazione Sonda Società Cooperativa Sociale Onlus

Sede Legale – via brioni, 61

Cap 31030 Altivole TV

Telefono 0423/940748

E-mail info@ca-leido.it

PEC sonda@pec.confcooperativa.it

Sito internet www.kirikuonlus.it

Codice ATECO 88 *(classificazione delle attività economiche adottata dall'ISTAT – consultabile al link http://www3.istat.it)*

Partita Iva 03147810265 Codice Fiscale 90005040267

N. di iscrizione al registro delle imprese della Camera di Commercio *(non il R.E.A.)* TV086-40762 del 19.02.1996 oppure N. di iscrizione..... all'Albo/Ordine professionale di ..... della Provincia di .....

N. di dipendenti a tempo indeterminato 84.

Cognome e nome del legale rappresentante Pattaro Domenico

Persona di riferimento per i contatti con l'Università *(referente aziendale)* Alberto Pettenon

Dati del tirocinio:

Sede operativa - Ca'leido, comunità educativa diurna per minori e adolescenti con Disturbo dello Spettro Autistico.

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

- inserimento e osservazione del contesto educativo di riferimento e mission della Cooperativa;
- affiancamento al ruolo dell'educatore nel suo agire quotidiano con persone con Autismo;
- osservazione, comprensione e applicazione di strategie d'intervento educative secondo un approccio cognitivo - comportamentale;
- coinvolgimento e partecipazione attiva alle attività educative con spazi di intervento 1:1 sotto la supervisione dell'operatore di riferimento;
- osservazione e comprensione delle dinamiche di gruppo e partecipazione alle èquipe multidisciplinari.

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

Informativa art. 13 D. Lgs. 30/06/03 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Si autorizza l'Università di Verona al trattamento dei dati forniti per finalità connesse alla gestione e all'attivazione di stage/tirocini ex D.M. 142/98.

Data 04/04/2019 Timbro e firma .....

Accreditamento ente ospitante tirocinio master

MIURA MATTIUZZO

mer 10/04/2019 10:44

A:Ufficio Stage <ufficio.stage@ateneo.univr.it>;

1 allegati (1 MB)

accreditamento ca leido.pdf;

Buongiorno, inoltro l'accreditamento firmato e timbrato dell'ente presso il quale vorrei effettuare parte del tirocinio formativo per il Master in Educatore Esperto in disabilità sensoriali e multifunzionale.
in attesa di risposta rimango a disposizione per qualsiasi chiarimento
distinti saluti
Miura Mattiuzzo

®
ASSOCIAZIONE ITALIANA
FARFALLE

ASSOCIAZIONE ITALIANA FARFALLE A.P.S.
Via Padana Inf. Ovest, 56
37045 Legnago (VR)
C.F. 91020800230 P.IVA 04171340237
Tel. 0442/1721502 – Cell. 388/6318837
Mail: info@associazionefarfalle.it

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 magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche

□ Corso di laurea magistrale in Scienze riabilitative delle professioni sanitarie

X□ Master o Corso di perfezionamento in

EDUCATORI ESPERTI IN DISABILITA' SENSORIALI E MULTIFUNZIONALI

ASSOCIAZIONE ITALIANA FARFALLE A.P.S.
Via Padana Inf. Ovest, 56
37045 LEGNAGO VR
C.F. 91020800230 - P. IVA: 04171340237
Tel. 0442 1722168 - Cell. 388 6318837
E-mail: info@associazionefarfalle.it
Iscr. Albo Reg. Veneto P.S./VR n. 0270

Cordiali saluti.

Data 8/04/2019 Timbro e firma Daniela Silvana Mecchi

SCHEDA DI ACCREDITAMENTO AZIENDA / ENTE PUBBLICO / STUDIO PROFESSIONALE

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

Denominazione…..ASSOCIAZIONE..ITALIANA…FARFALLE…..A.P.S……

Sede..legale…Via…Padana..Inferiore.Ovest……n….56……

Cap…37045.. Comune ……Legnago……Prov. …VR……..

Telefono…0442/1731502……

E-mail …info@associazionefarfalle.it……

PEC ……***ass.it.farfalle@pec.buffetti.it***……

Sito internet…www.associazionefarfalle.it……

Codice ATECO …932990……*(classificazione delle attività economiche adottata dall'ISTAT – consultabile al link http://www3.istat.it)*

Partita Iva 04171340237…… Codice Fiscale …91020800230……

N. di iscrizione al registro delle imprese della Camera di Commercio *(non il R.E.A.)* NO……

oppure N. di iscrizione…PS/VR N.0270…… all'Albo/Ordine professionale di …ALBO REGIONALE DEL VENETO…PSICOLOGI…della Provincia di ….VERONA……

N. di dipendenti a tempo indeterminato ……0……

Cognome e nome del legale rappresentante……MECCHI DANIELA SILVANA……

Nato/a a …Sanguinetto…(VR)…… il ……13/03/1957……

Persona di riferimento per i contatti con l'Università *(referente aziendale)* …MECCHI DANIELA SILVANA

Dati del tirocinio:

Sede operativa - Via…Padana Inf. Ovest…nr. 56……

Cap.37045…… Comune ……LEGNAGO……Prov. ……VR……..

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

COME SUPPORTARE LE DISABILITA' SENSORIALI IN BAMBINI CHE POSSONO ESSERE PLUSDOTATI.

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

Informativa art. 13 D. Lgs. 30/06/03 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Si autorizza l'Università di Verona al trattamento dei dati forniti per finalità connesse alla gestione e all'attivazione di stage/tirocini ex D.M. 142/98.

ASSOCIAZIONE ITALIANA FARFALLE A.P.S.
Via Padana Inf. Ovest, 56
37045 LEGNAGO VR
C.F. 91020800230 - P. IVA: 04171340237
Tel. 0442 1722168 - Cell. 388 6318837
E-mail: info@associazionefarfalle.it
Iscr. Albo Reg. Veneto PSAP n. 0270

Data 8/04/2019 Timbro e firma .....

Daniela Silvana Mecchi

Dott.ssa Mecchi Daniela Silvana

ORDINE DEGLI PSICOLOGI DEL VENETO
Dott.ssa Daniela Silvana Mecchi
N° 1005