

Spazio riservato alla Sede Nazionale dell'I.RI.FO.R.	
N° del progetto:	
Comitato Tecnico Scientifico:	
Consiglio di Amministrazione:	
Lo Spazio sottostante è riservato alla Struttura richiedente	
Soggiorni abilitativi e riabilitativi – anno 2020	
Tipologia di progetto presentato	
Tipologia a) - Soggiorno abilitativo e riabilitativo per bambine e bambini ciechi e ipovedenti, anche con disabilità aggiuntive lievi (età 3 - 13 anni)	<input type="checkbox"/>
Tipologia b) - Soggiorno abilitativo e riabilitativo per ragazze e ragazzi ciechi e ipovedenti, anche con disabilità aggiuntive lievi (età 14 - 21 anni)	<input type="checkbox"/>
Tipologia c) - Soggiorno abilitativo e riabilitativo per ciechi e ipovedenti con disabilità aggiuntive medie e gravi (età 1 – 35 anni)	<input type="checkbox"/>

RICHIESTA DI FINANZIAMENTO

Struttura proponente [o CAPOFILA – v. art. 2.2. b) e c) del Bando]	
Indirizzo	
CAP, città, provincia	

Luogo di svolgimento progetto

presso:			
Indirizzo			
CAP, città, provincia			()

Titolo del progetto:

.....

Sintesi del progetto:

.....

Contributo richiesto all'I.Ri.Fo.R.	€
--	----------

Tipologia e numero previsto dei fruitori del progetto

Partecipanti (tipologia)	N°
ciechi	
ipovedenti	
pluriminorati	
Altro	
TOTALE GENERALE	

Tipologia e numero previsto degli operatori coinvolti nel progetto

Operatori (tipologia)	Iscrizione Albi	N°
Tifloghi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Assistenti alla comunicazione e all'autonomia	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Psicologi (corso I.Ri.Fo.R.)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Istruttori O&M	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Esperti Idrostimolazione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Altre tipologie Operatori (occorrendo, specificare e aggiungere spazi)		
TOTALE GENERALE		

Rapporto Operatori / Partecipanti	1: __
-----------------------------------	-------

Durata complessiva del progetto (campo obbligatorio)	ore: giorni: mesi:
Durata per ciascun partecipante	
Periodo di svolgimento previsto dal: al:	

Obiettivi e modalità di verifica:

Livello di abilitazione, riabilitazione, inclusione o apprendimento atteso negli utenti (campo obbligatorio)	
Modalità di verifica e criteri applicati (campo obbligatorio)	

Riepilogo generale:

1. Finanziamento richiesto all'I.Ri.Fo.R.	€
2. Contributi da altri enti	€
3. Quota partecipazione corsisti	€
Spesa complessiva del progetto (1. + 2. + 3.)	€

si allega

1) scheda progettuale

2) preventivo economico

data e firma del Presidente della struttura richiedente: