

<b>Spazio riservato alla Sede Nazionale dell'I.Ri.Fo.R.</b>	
<i>N° del progetto:</i>	
<i>Comitato Tecnico Scientifico:</i>	
<i>Consiglio di Amministrazione:</i>	
<b>Lo Spazio sottostante è riservato alla Struttura richiedente</b>	
<b>Bando</b>	
<b>Iniziative di Orientamento, mobilità e Autonomia personale per persone disabili visive con minorazioni aggiuntive – anno 2022</b>	

### **RICHIESTA DI FINANZIAMENTO**

<b>Struttura proponente</b>			
<b>Indirizzo</b>			
<b>CAP, città, provincia</b>			( )

Sede/i di svolgimento progetto

<b>presso:</b>			
<b>Indirizzo</b>			
<b>CAP, città, provincia</b>			( )

<b>Titolo del progetto:</b>
.....
.....

<b>Obiettivo del progetto:</b>
.....
.....
.....
.....

<b>Contributo richiesto all'I.Ri.Fo.R.</b>	<b>€</b>
--------------------------------------------	----------

### Durata e partecipanti

<b>Numero Corsi</b>	<input type="checkbox"/> _____
<b>Numero partecipanti</b>	<input type="checkbox"/> _____
<b>Tipologia partecipanti (art.3 Bando)</b>	a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/>

### Professionisti coinvolti

<b>Nominativo Istruttore OM_AP</b>	
<b>Iscrizione Albo I.Ri.Fo.R.</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<b>Nominativo Psicologo</b>	

<b>Durata complessiva del progetto (in ore)</b>	
<b>Periodo di svolgimento previsto dal:</b> _____ <b>al:</b> _____	

Livello di apprendimento atteso nell'utente ( <b>campo obbligatorio</b> )	
Modalità di verifica e criteri applicati ( <b>campo obbligatorio</b> )	

**Riepilogo generale:**

1. Finanziamento richiesto all'I.Ri.Fo.R.	€
2. Quota Cofinanziamento	€
Spesa complessiva del progetto (1. + 2.)	€

**Si allega scheda progetto e preventivo dettagliato.**

Data

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del Presidente della struttura richiedente

\_\_\_\_\_