

Spazio riservato alla Sede Nazionale dell'I.Ri.Fo.R.	
<i>N° del progetto:</i>	
<i>Comitato Tecnico Scientifico:</i>	
<i>Consiglio di Amministrazione:</i>	
Lo Spazio sottostante è riservato alla Struttura richiedente	
Tipologia del progetto	
Bando I.Ri.Fo.R. 2022 “Sostegno psicologico per gli adulti”	

RICHIESTA DI FINANZIAMENTO

Struttura proponente			
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 dell'intervento richiesto (N.B.: è possibile solo un'opzione)

Incontri di gruppo	<input type="checkbox"/>
Incontri individuali	<input type="checkbox"/>

Incontri di gruppo (N.B.: scegliere una sola fascia di età)

Incontri di gruppo 1^ Fascia di età	<input type="checkbox"/> n. _____ ore previste	
Numero partecipanti previsti	<input type="checkbox"/> Ciechi _____ <input type="checkbox"/> Ipovedenti _____	Totale partecipanti _____

Incontri di gruppo 2^ Fascia di età	<input type="checkbox"/> n. _____ ore previste	
Numero partecipanti previsti	<input type="checkbox"/> Ciechi _____ <input type="checkbox"/> Ipovedenti _____	Totale partecipanti _____

Incontri di gruppo 3^ Fascia di età	<input type="checkbox"/> n. _____ ore previste	
Numero partecipanti previsti	<input type="checkbox"/> Ciechi _____ <input type="checkbox"/> Ipovedenti _____	Totale partecipanti _____

Incontri individuali

Incontri individuali	<input type="checkbox"/> n. _____ ore previste	
Numero partecipanti previsti	<input type="checkbox"/> Ciechi _____ <input type="checkbox"/> Ipovedenti _____	Totale partecipanti _____

Tipologia, numero e ore previste degli operatori coinvolti nel progetto:

Operatori (tipologia)	Iscrizione Albi I.Ri.Fo.R.	N°	Ore
Psicologo clinico			
Psicologo del lavoro			
Neuropsicologo			
Medico specializzato in geriatria			
Istruttore di Orientamento e Mobilità e AP	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
	TOTALE GENERALE		

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

Grado di raggiungimento obiettivi atteso negli utenti (campo obbligatorio)	
Modalità di verifica e criteri applicati (campo obbligatorio)	

Riepilogo generale:

compilare e inviare a: archivio@pec.irifor.eu

Contributo totale richiesto all'I.Ri.Fo.R.	€
Cofinanziamento esterno	€
Spesa complessiva del progetto (1. + 2.)	€

si allega scheda progetto e preventivo dettagliato di pagine: _____ (specificare)

Data

___/___/___

Firma del Presidente della struttura richiedente

SM/sm