

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 “Autonomia personale per genitori con disabilità visiva”	

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.	€
--	----------

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

Tipologia degli interventi e numero dei fruitori del progetto:

Fascia di età del bambino da prenatale a neonatale	<input type="checkbox"/> n. _____ ore previste	
Numero partecipanti previsti	<input type="checkbox"/> Coppie genitoriali _____ <input type="checkbox"/> Genitori singoli _____	Totale partecipanti _____

Fascia di età del bambino da 1 fino a 6 anni	<input type="checkbox"/> n. _____ ore previste	
Numero partecipanti previsti	<input type="checkbox"/> Coppie genitoriali _____ <input type="checkbox"/> Genitori singoli _____	Totale partecipanti _____

Fascia di età del bambino dai 6 anni in poi	<input type="checkbox"/> n. _____ ore previste	
Numero partecipanti previsti	<input type="checkbox"/> Coppie genitoriali _____ <input type="checkbox"/> Genitori singoli _____	Totale partecipanti _____

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

Operatori (tipologia)	Iscrizione Albi I.Ri.Fo.R.	N°	Ore
Psicologo	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Esperto massaggio neonatale			
Pedagogista			
Istruttore di Orientamento e Mobilità	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
	TOTALE GENERALE		

Durata complessiva del progetto (campo obbligatorio)	ore: giorni:
---	-----------------

compilare e inviare a: archivio@pec.iri-for.eu

	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:

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

pagina:

3