

compilare e inviare a: [archivio@pec.irifor.eu](mailto:archivio@pec.irifor.eu)

<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>Tipologia del progetto</b>	
<b>Bando I.Ri.Fo.R. 2022</b> <b>“Autonomia personale per genitori con disabilità visiva”</b>	

### RICHIESTA DI FINANZIAMENTO

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

Luogo di svolgimento progetto

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

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

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

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

Tipologia degli interventi e numero dei fruitori del progetto:

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

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

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

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		
	<b>TOTALE GENERALE</b>		

<b>Durata complessiva del progetto (campo obbligatorio)</b>	ore: giorni:
---	-----------------

compilare e inviare a: [archivio@pec.irifor.eu](mailto:archivio@pec.irifor.eu)

	mesi:
<b>Periodo di svolgimento previsto dal:</b>	<b>al:</b>

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

Riepilogo generale:

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

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

Data  
\_\_/ \_\_/ \_\_\_\_

Firma del Presidente della struttura richiedente  
\_\_\_\_\_

SM/sm