

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	
Bando	
Musicoterapia e disabilità aggiuntive - anno 2023	

RICHIESTA DI FINANZIAMENTO

Struttura proponente			
Indirizzo			
CAP, città, provincia			()

Luogo di svolgimento progetto

presso:			
Indirizzo			
CAP, città, provincia			()

Titolo del progetto:
.....
.....

Obiettivo del progetto:
.....
.....
.....
.....

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

Tipologia progetto

Individuale (max. 2 utenti)	
Di gruppo	

Caratteristiche del/i fruitore/i del progetto (replicare il box in caso di necessità)

Nominativo	
Data di nascita	gg/mm/aaaa
Tipologia di minorazione:	
Cieco/a	
Ipovedente	
Tipologia di minorazione aggiuntiva	

Caratteristiche del progetto

Obiettivo del presente progetto (sintesi)	
Metodi utilizzati	
Risultati attesi	
Modalità di verifica dei risultati (monitoraggio)	
Materiale riabilitativo da utilizzare	1. 2. 3.

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

Tipologia e numero previsto degli operatori coinvolti nel progetto

Nominativo Musicoterapista (allegare CV)	
Nominativo assistente (ove presente) (allegare CV)	
Altro (specificare e solo per Laboratori di gruppo)	

Durata complessiva del progetto (in ore)	
Periodo di svolgimento previsto dal:	al:

Riepilogo generale:

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

Si allega scheda progetto, preventivo dettagliato, documentazioni utenti e CV per un totale di pagine: _____ (specificare)

Data

____/____/____

Firma del Presidente della struttura richiedente
