

Spazio riservato alla Sede Nazionale dell'I.RI.FO.R.	
N° del progetto:	
Comitato Tecnico Scientifico:	
Consiglio di Amministrazione:	
Lo Spazio sottostante è riservato alla Struttura richiedente	
Bando	
Iniziative riabilitative di base di Orientamento e Mobilità e AP – anno 2023	

RICHIESTA DI FINANZIAMENTO

Struttura proponente			
Indirizzo			
CAP, città, provincia			()

Sede/i di svolgimento progetto

presso:			
Indirizzo			
CAP, città, provincia			()

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

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

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

Durata e partecipanti

Numero Corsi	<input type="checkbox"/> _____
---------------------	--------------------------------

Numero partecipanti	<input type="checkbox"/> _____
----------------------------	--------------------------------

Tipologia partecipanti	<input type="checkbox"/> ciechi <input type="checkbox"/> ipovedenti
-------------------------------	--

Docente/i

Nominativo docente	
Iscrizione Albo I.Ri.Fo.R.	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Nominativo docente	
Iscrizione Albo I.Ri.Fo.R.	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Nominativo docente	
Iscrizione Albo I.Ri.Fo.R.	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

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

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

N.B. da compilare SOLO per progetti in modalità sperimentale inerenti l'Autonomia personale e domestica (art.7 Bando)

Durata complessiva del progetto (in ore)	
Modalità di realizzazione dell'iniziativa	
Strumenti da utilizzare	

Riepilogo generale:

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

Si allegano

- a) scheda progetto;
- b) preventivo dettagliato.

Data

___/___/___

Firma del Presidente della struttura richiedente
