

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

### **RICHIESTA DI FINANZIAMENTO**

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

Sede/i di svolgimento progetto

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

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

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

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

### Durata e partecipanti

<b>Numero Corsi</b>	<input type="checkbox"/> _____
<b>Numero partecipanti</b>	<input type="checkbox"/> _____
<b>Tipologia partecipanti</b>	<input type="checkbox"/> ciechi <input type="checkbox"/> ipovedenti

### Docente/i

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

<b>Durata complessiva del progetto (in ore)</b>	
<b>Periodo di svolgimento previsto dal:</b> _____ <b>al:</b> _____	

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

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

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

**Riepilogo generale:**

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

**Si allegano**

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

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

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