

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. 2024 “Attività di educazione e riabilitazione visiva domiciliare attraverso tecnologie digitali”	

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.iri-for.eu

Numero previsto dei fruitori del progetto:

Attività	<input type="checkbox"/> n. _____ ore previste	
Numero partecipanti previsti	_____	Totale partecipanti _____

Tipologia e numero previsto degli operatori coinvolti nel progetto:

Operatori (tipologia)	Iscrizione Albi I.Ri.Fo.R.	N°
Ortottista		
Educatore con competenze nella riabilitazione e in attività di ausilioteca		
Operatore esperto di ausili tifloinformatici per l'ipovisione		
	TOTALE GENERALE	

Durata complessiva del progetto (campo obbligatorio)	ore: giorni: mesi:
Periodo di svolgimento previsto dal: _____ al: _____	

Grado di raggiungimento obiettivi atteso negli utenti (campo obbligatorio)	
---	--

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

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