

| | |
|---|--|
| 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 2024 | |
| | |

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

___/___/ 2024

Firma del Presidente della struttura richiedente
