

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	
Tipologia del progetto	
Bando I.Ri.Fo.R. 2024 “Intervento precoce” (Bambini 0 – 6 anni)	

RICHIESTA DI FINANZIAMENTO

Struttura proponente			
Indirizzo			
CAP, città, provincia			()

Struttura realizzatrice del progetto

Struttura			
Indirizzo			
CAP, città, provincia			()

Titolo del progetto:

Sintesi del progetto:
--

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

Numero previsto dei fruitori del progetto

Numero partecipanti previsti (bambini 0/6 anni)	<input type="checkbox"/> _____
--	--------------------------------

Zone di realizzazione (solo per le strutture regionali o in casi di interregionalità)

Numero sedi/regioni coinvolte	<input type="checkbox"/> _____
--------------------------------------	--------------------------------

Esperienze pregresse

Sono state già realizzate iniziative analoghe?	Sì No
In caso positivo, risultano	Concluse Non concluse

Tipologia e numero previsto degli operatori coinvolti nel progetto

Operatori (tipologia)	Iscrizione Albi I.Ri.Fo.R.	N°
Psicologo	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Psicoterapeuta esperto in tecniche di Massaggio (Baby massage)		
Istruttore di O&M e Autonomia domestica	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Fisioterapista		
Operatore di stimolazioni basali		
Operatore di stimolazioni visive		
Logopedista (con specializzazione del linguaggio e/o in disfagia)		
Terapista della neuro psicomotricità dell'età evolutiva		
Psicomotricista		
Idroterapista	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Tiflogo / Educatore Tiflogico/Tifloinformatico	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Musicoterapeuta		
Osteopata		
Operatore di pet-therapy		
	TOTALE GENERALE	

Durata complessiva del progetto (campo obbligatorio)	ore: giorni: mesi:
Durata per ciascun partecipante (campo obbligatorio) 1) 2) 3) 4) 5) 6) ...	
Periodo di svolgimento previsto dal: _____ al: _____	

Grado di raggiungimento obiettivi atteso negli utenti (campo obbligatorio)	
Monitoraggio: modalità di verifica dei risultati e criteri applicati (campo obbligatorio)	

Riepilogo generale:

1. Finanziamento richiesto all'I.Ri.Fo.R.	€
2. Contributo Enti terzi	€
3. Quota partecipazione corsisti	€
Spesa complessiva del progetto (1. + 2. + 3.)	€

Si allegano:

- 1) scheda progettuale;**
- 2) preventivo economico;**
- 3) preventivo del materiale da acquistare;**
- 4) certificazioni di disabilità visive e/o pluriminorazione degli utenti**

Data

___/___/ 2024

Firma del Presidente della struttura richiedente
