

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	
Soggiorni Ricreativi e abilitativi anno 2025	
Tipologia di progetto presentato	
Tipologia a) - Soggiorni abilitativi e riabilitativi estivi per bambine e bambini ciechi e ipovedenti, anche con disabilità aggiuntive lievi (età 3 - 13 anni)	<input type="checkbox"/>
Tipologia b) - Soggiorni abilitativi e riabilitativi estivi per ragazze e ragazzi ciechi e ipovedenti, anche con disabilità aggiuntive lievi (età 14 - 21 anni)	<input type="checkbox"/>
Tipologia c) - Soggiorni abilitativi e riabilitativi estivi per ciechi e ipovedenti con disabilità aggiuntive medie, gravi e gravissime (età 1 – 50 anni)	<input type="checkbox"/>

RICHIESTA DI FINANZIAMENTO

Struttura proponente [o CAPOFILA – v. art. 2.2. Bando]	
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. €
--

Tipologia e numero previsto dei fruitori del progetto

Partecipanti (tipologia)	N°
ciechi	
ipovedenti	
pluriminorati	
Altro	
TOTALE GENERALE	

Tipologia e numero previsto degli operatori coinvolti nel progetto

Operatori (tipologia)	Iscrizione Albi	N°
Tiflogi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Assistenti alla comunicazione e all'autonomia	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Psicologi (corso I.Ri.Fo.R.)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Istruttori O&M	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Esperti Idrostimolazione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Altre tipologie Operatori (occorrendo, specificare e aggiungere spazi)		
TOTALE GENERALE		

Rapporto Operatori / Partecipanti (art.3.2 Bando)	1: __
--	-------

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

Obiettivi e modalità di verifica:

Livello di abilitazione, riabilitazione, inclusione o apprendimento atteso negli utenti (campo obbligatorio)	
Modalità di verifica e criteri applicati (campo obbligatorio)	

Riepilogo generale:

1. Finanziamento richiesto all'I.Ri.Fo.R.	€
2. Contributi da altri enti	€
3. Quota partecipazione corsisti	€
Spesa complessiva del progetto (1. + 2. + 3.)	€

Si allegano

- 1) scheda progettuale;
- 2) preventivo economico;
- 3) certificazione riguardante la condizione di pluridisabilità dei partecipanti;
- 5) attestazione del cofinanziamento esterno.

Data

___/___/___

Firma del Presidente della struttura richiedente
