

<b>Spazio riservato alla Sede Nazionale dell'I.Ri.Fo.R.</b>	
<i>N° del progetto:</i>	
<i>Comitato Tecnico Scientifico:</i>	
<i>Consiglio di Amministrazione:</i>	
<b>Lo Spazio sottostante è riservato alla Struttura richiedente</b>	
<b>Tipologia del progetto</b>	
<b>Bando I.Ri.Fo.R. 2025</b> <b>“Sostegno psicologico per gli adulti”</b>	

### **RICHIESTA DI FINANZIAMENTO**

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

Luogo di svolgimento progetto

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

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

<b>Sintesi del progetto:</b> ..... ..... ..... .....
--

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

Tipologia dell'intervento richiesto (N.B.: è possibile solo un'opzione)

Incontri di gruppo	<input type="checkbox"/>
Incontri individuali	<input type="checkbox"/>

**Incontri di gruppo** (N.B.: scegliere una sola fascia di età)

<b>Incontri di gruppo 1^ Fascia di età</b>	<input type="checkbox"/> n. _____ ore previste	
<b>Numero partecipanti previsti</b>	<input type="checkbox"/> Ciechi _____ <input type="checkbox"/> Ipovedenti _____	<b>Totale partecipanti</b> _____

<b>Incontri di gruppo 2^ Fascia di età</b>	<input type="checkbox"/> n. _____ ore previste	
<b>Numero partecipanti previsti</b>	<input type="checkbox"/> Ciechi _____ <input type="checkbox"/> Ipovedenti _____	<b>Totale partecipanti</b> _____

<b>Incontri di gruppo 3^ Fascia di età</b>	<input type="checkbox"/> n. _____ ore previste	
<b>Numero partecipanti previsti</b>	<input type="checkbox"/> Ciechi _____ <input type="checkbox"/> Ipovedenti _____	<b>Totale partecipanti</b> _____

**Incontri individuali**

<b>Incontri individuali</b>	<input type="checkbox"/> n. _____ ore previste	
<b>Numero partecipanti previsti</b>	<input type="checkbox"/> Ciechi _____ <input type="checkbox"/> Ipovedenti _____	<b>Totale partecipanti</b> _____

Tipologia, numero e ore previste degli operatori coinvolti nel progetto:

Operatori (tipologia)	Iscrizione Albi I.Ri.Fo.R.	N°	Ore
Psicologo clinico			
Psicologo del lavoro			
Neuropsicologo			
Medico specializzato in geriatria			
Istruttore di Orientamento e Mobilità e AP	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
	<b>TOTALE GENERALE</b>		

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

Grado di raggiungimento obiettivi atteso negli utenti <b>(campo obbligatorio)</b>	
Modalità di verifica e criteri applicati <b>(campo obbligatorio)</b>	

Riepilogo generale:

compilare e inviare a: [archivio@pec.irifor.eu](mailto:archivio@pec.irifor.eu)

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

**si allega scheda progetto e preventivo dettagliato di pagine: \_\_\_\_\_ (specificare)**

Data

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del Presidente della struttura richiedente

\_\_\_\_\_

SM/sm