

<b>Spazio riservato alla Sede Nazionale dell'I.Ri.Fo.R.</b>	
N° del progetto:	
Comitato Tecnico Scientifico:	
Consiglio di Amministrazione:	
<b>Lo Spazio sottostante è riservato alla Struttura richiedente</b>	
<b>Tipologia del progetto</b>	
<b>Bando I.Ri.Fo.R. 2025</b> <b>“Intervento precoce”</b> <b>(Bambini 0 – 6 anni)</b>	

### **RICHIESTA DI FINANZIAMENTO**

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

Struttura realizzatrice del progetto

<b>Struttura</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>	€
--	---

Numero previsto dei fruitori del progetto

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

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

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

Esperienze pregresse

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

Tipologia e numero previsto degli operatori coinvolti nel progetto

<b>Operatori (tipologia)</b>	<b>Iscrizione Albi I.Ri.Fo.R.</b>	<b>N°</b>
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		
	<b>TOTALE GENERALE</b>	

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

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

**Riepilogo generale:**

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

**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

\_\_\_/\_\_\_/ 2025

Firma del Presidente della struttura richiedente

\_\_\_\_\_