

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 2025	

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	
Grado di minorazione aggiuntiva	lieve-medio-grave gravissimo

Caratteristiche del progetto

Obiettivo del presente progetto (sintesi)	
Attività previste	
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

___/___/ 2025

Firma del Presidente della struttura richiedente
