

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	
Bando I.Ri.Fo.R. 2025	
"Promozione del benessere over 60"	

RICHIESTA DI FINANZIAMENTO

Struttura proponente			
Indirizzo			
CAP, città, provincia			()

Sede/i di svolgimento progetto

presso:			
Indirizzo			
CAP, città, provincia			()

Titolo del progetto:
.....
.....

Obiettivo del progetto:
.....
.....
.....
.....

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

Durata e partecipanti

Numero Iniziative	<input type="checkbox"/> _____
--------------------------	--------------------------------

Numero partecipanti totali	<input type="checkbox"/> _____
Tipologia partecipanti	<input type="checkbox"/> ciechi <input type="checkbox"/> ipovedenti

Attività (v. Bando)

	Numero iniziative	Tipologia attività	Numero Partecipanti	Nominativo/i professionista/i	Iscrizione Albo I.Ri.Fo.R.
Attività motorie dolci					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Attività acquatiche dolci					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Attività motorie – Assegnazione abbonamenti					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Attività ricreative, culturali e di socializzazione					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Attività musicali e/o canore					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Attività di gruppo per il benessere psicofisico dei partecipanti					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Attività gastronomiche e sensoriali					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Laboratorio/Club del libro accessibile e incontri con autori					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Laboratorio donatori di voci per Libro parlato					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Utilizzo di nuove tecnologie inclusive					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

	Numero iniziative	Tipologia attività	Numero Partecipanti	Nominativo/i professionista/i	Iscrizione Albo I.Ri.Fo.R.
Balli di gruppo semplificati					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Laboratori intergenerazionali					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Club del libro accessibile					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Laboratori artistici multisensoriali					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Laboratori di memoria sonora					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Durata complessiva del progetto (in ore)	
Periodo di svolgimento previsto dal:	
al:	

Livello di apprendimento/socializzazione atteso negli utenti (campo obbligatorio)	
Modalità di verifica e criteri applicati (campo obbligatorio)	

Riepilogo generale:

1. Finanziamento richiesto all'I.Ri.Fo.R.	€
2. Quota Cofinanziamento	€
Spesa complessiva del progetto (1. + 2.)	€

Si allegano

- 1) scheda progettuale;**
- 2) preventivo economico.**

Data

___/___/ 2025

Firma del Presidente della struttura richiedente
