

|   |  |
|---|--|
| <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. 2026 "Genitori Per Crescere"</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> | <b>€</b> |
|--|----------|

Tipologia degli interventi e numero previsto dei fruitori del progetto:

|                                     |  |                                     |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <b>Azioni 1^ Fascia di età</b>      | <input type="checkbox"/> n. _____ ore previste   |                                     |
| <b>Numero partecipanti previsti</b> | <input type="checkbox"/> Coppie genitoriali _____<br><input type="checkbox"/> Genitori singoli _____ | <b>Totale partecipanti</b><br>_____ |

|                                     |  |                                     |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <b>Azioni 2^ Fascia di età</b>      | <input type="checkbox"/> n. _____ ore previste   |                                     |
| <b>Numero partecipanti previsti</b> | <input type="checkbox"/> Coppie genitoriali _____<br><input type="checkbox"/> Genitori singoli _____ | <b>Totale partecipanti</b><br>_____ |

|                                     |  |                                     |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <b>Azioni 3^ Fascia di età</b>      | <input type="checkbox"/> n. _____ ore previste   |                                     |
| <b>Numero partecipanti previsti</b> | <input type="checkbox"/> Coppie genitoriali _____<br><input type="checkbox"/> Genitori singoli _____ | <b>Totale partecipanti</b><br>_____ |

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

Tipologia e numero previsto degli operatori coinvolti nel progetto:

| Operatori (tipologia)                      | Iscrizione<br>Albi I.Ri.Fo.R.                           | N° |
|--|---|----|
| Psicologo clinico                          |   |    |
| Psicologo del lavoro                       |   |    |
| Psicologo dello sviluppo                   |   |    |
| Psicologo scolastico                       |   |    |
| Tiflogo / Assistente tiflogo               | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |    |
| Istruttore di Orientamento e Mobilità e AP | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |    |
| Oculista/ Oftalmologo                      |   |    |
| Ortottista                                 |   |    |
| Genetista                                  |   |    |
| Sessuologo                                 |   |    |
| Terapista comportamento                    |   |    |
| Psicomotricista                            |   |    |
|  | <b>TOTALE GENERALE</b>                                  |    |

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

|   |  |
|---|--|
| <b>Grado di raggiungimento obiettivi atteso negli utenti (campo obbligatorio)</b> |  |
|---|--|

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

|   |  |
|---|--|
|   |  |
| Modalità di verifica e criteri applicati<br><b>(campo obbligatorio)</b> |  |

Riepilogo generale:

|   |   |
|---|---|
| <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

\_\_\_/\_\_\_/ 2026

Firma del Presidente della struttura richiedente

\_\_\_\_\_