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	
Soggiorni Ricreativi e abilitativi anno 2026	
Tipologia di progetto presentato	
Tipologia a) – Weekend partecipanti fascia 7 – 13 anni	□
Tipologia b) – Weekend partecipanti fascia 14 – 18 anni	□
Tipologia c) – Weekend partecipanti fascia 19 – 35 anni	□

RICHIESTA DI FINANZIAMENTO

Struttura proponente **[o CAPOFILA – v. art. 6 Bando]**	
Indirizzo	
CAP – città - provincia	

Luogo di svolgimento progetto

presso:			
Indirizzo			
CAP, città, provincia			( )

Titolo del progetto:

.....

.....

Sintesi del progetto:

.....

.....

.....

.....

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

Tipologia Weekend

Numero Weekend	□ fascia a) _____ □ fascia b) _____ □ fascia c) _____
Numero partecipanti	□ fascia a) _____ □ fascia b) _____ □ fascia c) _____

Tipologia dei partecipanti al progetto

- Fascia a)

Partecipanti (tipologia)	N°
ciechi	
ipovedenti	
pluridisabili	
TOTALE	

- Fascia b)

Partecipanti (tipologia)	N°
ciechi	
ipovedenti	
pluridisabili	
TOTALE	

- Fascia c)

Partecipanti (tipologia)	N°
ciechi	
ipovedenti	
pluridisabili	
TOTALE	

Tipologia e numero previsto degli operatori coinvolti nel progetto

Operatori (tipologia)	Nominativo/i	Iscrizione Albi	N°
Tiflologi		□ Sì □ No	
Assistenti alla comunicazione e all'autonomia		□ Sì □ No	
Psicologi (corso I.Ri.Fo.R.)		□ Sì □ No	
Istruttori O&M		□ Sì □ No	
Altre tipologie Operatori (occorrendo, specificare e aggiungere spazi)			
TOTALE GENERALE			

Rapporto Operatori / Partecipanti (art.7 Bando)	**1: __**

Periodo di svolgimento previsto	**1) dal: al:** **2) dal: al:** **3) dal: al:**

Obiettivi e modalità di verifica:

Livello di abilitazione, riabilitazione, inclusione o apprendimento atteso negli utenti **(campo obbligatorio)**	
Modalità di verifica e criteri applicati **(campo obbligatorio)**	

Riepilogo generale:

1. Finanziamento richiesto all'I.Ri.Fo.R.	€
2. Contributi da altri enti	€
3. Quota partecipazione corsisti	€
Spesa complessiva del progetto (1. + 2. + 3.)	**€**

Si allegano

1) scheda progettuale;

2) preventivo economico;

3) certificazione riguardante la condizione di pluridisabilità dei partecipanti;

5) attestazione eventuale cofinanziamento esterno.

Data

__/ ___/ _____

Firma del Presidente della struttura richiedente

_____