

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

<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. 2021 "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>			( )

**Titolo del progetto:**

.....  
.....

**Sintesi del progetto:**

.....  
.....  
.....  
.....

<b>Contributo richiesto all'I.Ri.Fo.R. €</b>
--

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

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 _____ <input type="checkbox"/> Genitori singoli _____	<b>Totale partecipanti</b> _____

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

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

Tipologia e numero previsto degli operatori coinvolti nel progetto:

Operatori (tipologia)	Iscrizione 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 (campo obbligatorio)</b>	ore: giorni: mesi:
<b>Periodo di svolgimento previsto dal:</b> _____ <b>al:</b> _____	

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

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

<b>Modalità di verifica e criteri applicati (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

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del Presidente della struttura richiedente

\_\_\_\_\_