

<b>Spazio riservato alla Sede Nazionale dell'I.Ri.Fo.R.</b>	
N° del progetto:	
Comitato Tecnico Scientifico:	
Consiglio di Amministrazione:	
<b>Lo Spazio sottostante è riservato alla Struttura richiedente</b>	
<b>Soggiorni Ricreativi e abilitativi anno 2023</b>	
<b>Tipologia di progetto presentato</b>	
<b>Tipologia a)</b> - Soggiorni abilitativi e riabilitativi estivi per bambine e bambini ciechi e ipovedenti, (età 3 - 13 anni)	<input type="checkbox"/>
<b>Tipologia b)</b> - Soggiorni abilitativi e riabilitativi estivi per ragazze e ragazzi ciechi e ipovedenti, (età 14 - 21 anni)	<input type="checkbox"/>
<b>Tipologia c)</b> - Soggiorni abilitativi e riabilitativi estivi per ciechi e ipovedenti con disabilità aggiuntive lievi e medie (età 1 – 45 anni)	<input type="checkbox"/>
<b>Tipologia d)</b> - Soggiorni abilitativi e riabilitativi estivi per ciechi e ipovedenti con disabilità aggiuntive gravi e gravissime (età 1 – 50 anni)	<input type="checkbox"/>

### **RICHIESTA DI FINANZIAMENTO**

<b>Struttura proponente</b> [o CAPOFILA – v. art. 2.2. Bando]	
<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>	
----------------------------------------------	--

Tipologia e numero previsto dei fruitori del progetto

Partecipanti (tipologia)	N°
ciechi	
ipovedenti	
pluriminorati	
Altro	
<b>TOTALE GENERALE</b>	

Tipologia e numero previsto degli operatori coinvolti nel progetto

Operatori (tipologia)	Iscrizione Albi	N°
Tifloghi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Assistenti alla comunicazione e all'autonomia	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Psicologi (corso I.Ri.Fo.R.)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Istruttori O&M	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Esperti Idrostimolazione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Altre tipologie Operatori (occorrendo, specificare e aggiungere spazi)		
<b>TOTALE GENERALE</b>		

<b>Rapporto Operatori / Partecipanti</b> (art.3.2 Bando)	<b>1: __</b>
-------------------------------------------------------------	--------------

<b>Durata complessiva del progetto</b> (campo obbligatorio)	ore: giorni: mesi:
<b>Durata per ciascun partecipante</b>	
<b>Periodo di svolgimento previsto dal:</b>	<b>al:</b>

Obiettivi e modalità di verifica:

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

Riepilogo generale:

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

Si allegano

- 1) scheda progettuale;
- 2) preventivo economico;
- 3) dichiarazione di possesso della certificazione riguardante la condizione di pluridisabilità dei partecipanti (ove richiesta);
- 5) attestazione del cofinanziamento esterno.

Data

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

Firma del Presidente della struttura richiedente

\_\_\_\_\_