

LETTRE D'INTENTION

- Titre du projet :

1) PORTEUR DU PROJET

1.1. IDENTITE DU CANDIDAT

Civilité : **Madame**

Titre :

Prénom : Nom : Année de naissance (aaaa) : **XXXX**

1.2. CONTACT CANDIDAT

Email candidat : Email candidat supplémentaire :

- Téléphone mobile (06XXXXXXXX) :

- Téléphone fixe/secrétariat (0XXXXXXXX) :

Autre contact suivi de projet (optionnel) :

Civilité : **Monsieur** Prénom : Nom :

Email : Téléphone (0XXXXXXXX) :

2.3. PROFESSION DU CANDIDAT

Profession :

Autre (50 caractères) :

Statut personnel médical :

Autre (50 caractères) :



1.3. DIPLOME PRINCIPAL CANDIDAT

Diplôme (100 caractères) : Niveau de diplôme : **<Bac**

Spécialité (50 caractères) : Année d'obtention : **XXXX**

Diplôme complémentaire (100 caractères) :

A cocher si vous avez soutenu votre thèse d'exercice ou un doctorat après le 1^{er} janvier 2013

1.4 PUBLICATIONS DE REFERENCE DU CANDIDAT (3 MAXIMUM)

- Titre :
- Auteurs principaux :
- Revue :
- Date :

- Titre :
- Auteurs principaux :
- Revue :
- Date :

- Titre :
- Auteurs principaux :
- Revue :
- Date :

2) LIEU PRINCIPAL DU PROJET DE RECHERCHE

2.1. TYPOLOGIE DE L'ORGANISME

Type d'établissement : **Centre hospitalier public**

Si autre, préciser (100 caractères) :

Etablissement mutualiste : **Etablissement non Mutualiste**

2.2. ADRESSE DE L'ORGANISME (FRANCE UNIQUEMENT)

Nom de l'établissement (50 caractères) :

Service/unité/pole (50 caractères) :



Adresse (100 caractères) :

CP : XXXXX Ville :

Fonction au sein de votre établissement (100 caractères) :

3) PROJET DE RECHERCHE

3.1. REFERENCEMENT DE LA CANDIDATURE :

- Thème de l'appel à projets :

Thème prédominant du projet : **Merci de sélectionner la bonne indexation**

Thème connexe du projet (optionnel) : **Merci de sélectionner la bonne indexation**

I. Maladies chroniques

- a) Maladies cancéreuses
- b) Maladies cardiovasculaires
- c) Maladies métaboliques
- d) Maladies neurologiques
- e) Maladies psychiatriques
- f) Autre, préciser

II. Accompagnement du Patient

- a) Organisation des soins
- b) Amélioration de la prise en charge du patient (en institution et à domicile)
- c) Soins de support et soins palliatifs

III. Innovations technologiques et chirurgicales

- a) 4R (Remplacement, Régénération, Réparation, Reprogrammation)
- b) Innovation numérique en santé (big data, technologies, santé connectée)
- c) Imagerie

- Thèmes de référencement

Type de recherche :

Maladie principale :

Spécialité médicale :

Technique : Autre (50 caractères) :

Population d'étude :



Également, afin de voir votre champ de recherche et de publications, merci de renseigner dans quel journal vous pourriez publier votre projet de recherche grâce à la classification internationale des champs : <https://incites.help.clarivate.com/Content/Research-Areas/wos-research-areas.htm> (3 choix minimum)

Champs de recherche :

3.2. AUTORISATION DE RECHERCHE :

Le porteur du projet, ou un membre de l'équipe de recherche, doit justifier d'une expérience personnelle de recherche. Une lettre de parrainage doit accompagner la lettre d'intention si le porteur de projet n'atteste pas d'une thèse d'exercice ou d'un doctorat de sciences (Bac+8).

Cochez la case si une lettre de parrainage accompagnera le dossier

Dans le cas de recherches impliquant la personne humaine ou des animaux, des autorisations sont nécessaires telles que agréments, avis du CPP, avis du comité d'éthique local ou le Certificat d'aptitude à l'étude clinique. Merci de préciser votre situation concernant les autorisations de votre projet de recherche :

Type d'autorisation :

SI le projet de recherche porte sur un dispositif médical ou un médicament, merci de préciser les références :

- Autorisation/avis obtenues (*présenter les justificatifs*) :
- Autorisation/avis en cours (*présenter les justificatifs*):
- Autorisation/avis à demander :

Dans le cas où votre établissement demande un financement avant le dépôt d'une demande du CPP, merci de joindre le courrier de la DRCI à votre dossier.



3.3. DESCRIPTION DU PROJET SCIENTIFIQUE :

TITRE (provisoire ou définitif) - *250 caractères max espace compris.*

Résumé du projet (Contexte/Problématique/Hypothèse/Présentation de la démarche/Centres participants) - *4000 caractères max espace compris soit environ 1 page*

Justification de votre demande (expliquer la demande à la Fondation de l'Avenir, le budget demandé vs le budget total et disponible pour le projet, l'intérêt de la recherche, les retombées potentielles, les potentialités de publications, etc.) - *4000 caractères max soit environ 1 page*

Durée du projet déposé à la Fondation :



4) BUDGET

4.1 BUDGET DU PROJET

Montant du financement demandé à la Fondation (entre 10 et 40 k€ TTC) : : **0 €** (en euros TTC, entrez juste le nombre, l'unité apparaîtra automatiquement)

Cout global du projet : **0 €** (en euros TTC, entrez juste le nombre, l'unité apparaîtra automatiquement) incluant tous les financeurs

4.2 UTILISATION ATTENDUE DU FINANCEMENT :

Veuillez détailler l'utilisation du financement demandé à la Fondation sur les lignes ci-dessous (pourcentage du budget demandé, descriptif des dépenses prévues) :

| LIGNES BUDGETAIRES | MONTANT TTC | NATURE DE LA DEPENSE | |
|--|------------------------------|---|---|
| Coût total du projet | | Le coût total du projet comprend le montant demandé à la fondation et celui des co-financements | |
| Nom du Co-financeur | <u>MONTANT</u> <u>TTC</u> | Cocher si obtenu | Que couvre ce co-financement? Date de réponse à préciser |
| | | <input type="checkbox"/> | |
| | | <input type="checkbox"/> | |
| | | <input type="checkbox"/> | |
| Demandé à la Fondation: | <u>MONTANT</u> <u>TTC</u> | Préciser la nature des dépenses : | |
| – Ressources humaines | | | |
| – Achats - Consommables et prestations de services | | | |
| – Matériel | | | |
| – Frais de gestion de personnel (uniquement) | | | |
| SOIT TOTAL DEMANDE FONDATION | | | |



5) LIEN AVEC LA FONDATION DE L'AVENIR

Veillez cocher lorsque la mention est correcte :

votre équipe a déjà un projet en cours de conventionnement avec la Fondation de l'Avenir

Si oui, nom du lauréat : Année de la sélection : **XXXX**

Votre équipe a déjà été soutenue dans le passé par la Fondation de l'Avenir

Si oui, nom du lauréat : Année de la dernière sélection : **XXXX**

Votre équipe a déjà déposé un dossier de candidature à la Fondation de l'Avenir qui n'a pas été retenu

Si oui, nom du candidat : Année du dernier dépôt : **XXXX**

Déclaration lien d'intérêt membres du conseil scientifique dans les 5 dernières années

Votre équipe a un lien avec un membre du conseil scientifique de la Fondation ([lien liste CS du site internet](#))

Si oui, nom de la personne :

Aucun dossier partiellement complété ou ne respectant pas les formats demandés ne sera traité.

Les limitations du nombre de caractères sont spécifiées espaces compris.

Les informations contenues dans la lettre d'intention seront gardées à la discrétion de la Fondation de l'Avenir, de son conseil scientifique et de son réseau d'experts.

Ce fichier doit être envoyé en format **Word avec les champs actifs** à l'adresse suivante au plus tard le lundi 16 janvier 2023 minuit à : riis@fondationdelavenir.org

Vous devez y joindre les éléments suivants :

- La lettre d'intention



Fondation de l'Avenir

Accélérons la recherche en santé

- le CV du candidat
- Les autorisations obtenues ou demandes en cours

Pour toute question veuillez contacter le **01 40 43 23 94**