APPEL A PROJETS

Recherche médicale 2024

**Lettre d’intention**

* **Titre du projet :**

# 1) Porteur du projet

## 1.1. Identité du candidat

Civilité :

Titre :

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

## 1.2. Contact CANDIDAT

Email candidat :  Email candidat supplémentaire :

- Téléphone mobile :

- Téléphone fixe/secrétariat :

**Autre contact suivi de projet (optionnel) :**

Civilité : Prénom :  Nom :

Email : Téléphone :

## 2.3. Profession du candidat

Profession principale :Autre (50 caractères) :

Statut personnel médical : Autre (50 caractères) :

## 1.3. diplôme PRINCIPAL du Candidat

Diplôme (100 caractères) :

Niveau de diplôme :

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 1er janvier 2014

## 1.4 publications de reference du candidat (3 maximum) - les plus recentes ou les plus significatives

* Titre (complet) :
* Auteurs principaux (les 2 premiers et les 2 derniers) :
* Journal :
* Année de parution :
* DOI (obligatoire), OU (e.g. Zotero) au format Psychological Association – APA 7th edition :
* Titre (complet) :
* Auteurs principaux (les 2 premiers et les 2 derniers) :
* Journal :
* Année de parution :
* DOI (obligatoire), OU (e.g. Zotero) au format Psychological Association – APA 7th edition :
* Titre (complet) :
* Auteurs principaux (les 2 premiers et les 2 derniers) :
* Journal :
* Année de parution :
* DOI (obligatoire), OU (e.g. Zotero) au format Psychological Association – APA 7th edition :

# 2) Lieu principal DU PROJET DE recherche

## 2.1. Typologie de l’organisme

Type d’établissement :

Si autre, préciser (100 caractères) :

Etablissement mutualiste (O/N) :

## 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. Référencement de la candidature :

- Thème de l’appel à projets :

Thème prédominant du projet :

Thème connexe du projet (optionnel) :

1. **Maladies chroniques**
2. Maladies cardiovasculaires
3. Maladies cancéreuses
4. Maladies métaboliques
5. Maladies neurologiques
6. Maladies psychiatriques
7. Maladies du squelette/appareil locomoteur
8. Autre, préciser
9. **Accompagnement du Patient**
10. Organisation des soins
11. Amélioration de la prise en charge du patient (en institution et à domicile)
12. Soins de support et soins palliatifs
13. **Innovations technologiques et chirurgicales**
14. 4R (Remplacement, Régénération, Réparation, Reprogrammation)
15. Innovation numérique en santé (big data, technologies, santé connectée)
16. Imagerie

 - Thèmes de référencement

Type de recherche :

Maladie principale :

Spécialité médicale principale :

Technique :  Autre (50 caractères) :

Population d’étude :  [ ]  A cocher si population 7-37 ans

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 *(joindre les justificatifs)* :
* Autorisation/avis en cours *(joindre 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, espaces compris.*

**Résumé du projet** (Contexte/Problématique/Hypothèse/Présentation de la démarche/Centres participants) - *4000 caractères max, espaces 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, espaces compris,* *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 apparaitra automatiquement)

Montant du financement complémentaire demandé à la Fondation pour un soutien à des étudiants en master recherche (jusqu’à 10 k€ TTC) : **0 €** (en euros TTC, entrez juste le nombre, l’unité apparaitra automatiquement)

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

##  4.2 Utilisation attendue du financement :

Veuillez détailler l’utilisation du financement demandé à la Fondation :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | MONTANT TTC | Cocher si obtenu | Que couvre ce co-financement ? Et date de réponse à préciser |
|  |  | [ ]  |  |
|  |  | [ ]  |  |
|  |  | [ ]  |  |
| Demandé à la Fondation: | MONTANT TTC | Préciser la nature des dépenses : |
| * Ressources humaines
 |  |  |
| * Achats : Consommables et prestations de services
 |  |  |
| * Matériel
 |  |  |
| * Frais de gestion pour frais RH (uniquement)
 |  |  |
| **SOIT TOTAL DEMANDE FONDATION** |  |  |

# 5) Lien AVEC LA Fondation de l’Avenir

Veuillez 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 :

[ ]  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 :

[ ]  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 :

**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](https://www.fondationdelavenir.org/la-fondation/notre-organisation/))

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 25 janvier 2024 minuit à : riis@fondationdelavenir.org

 Vous devez y joindre les éléments suivants :

- La lettre d’intention

- le CV du candidat

- Les autorisations obtenues ou demandes en cours

Pour toute question veuillez contacter le **01 40 43 23 92**