#

**APPEL A PROJETS TCA 2025**

**Recherche Médicale 2020**

Dossier de candidature

****

**Nom du projet :**

1. DOSSIER ADMINISTRATIF
* **POUR VOUS IDENTIFIER**
	1. Identité du candidat

**•**Civilité :  **•**Prénom :       **•**Nom :       **•**Age :

* 1. Profession du candidat
* Profession :  Diplôme :  *si autre préciser*:
* Spécialité médicale ou universitaire :
	1. Statut et Fonction du candidat
* Statut :  *si autre préciser*:
* Fonction :  *si autre préciser*:
	1. Lieu d’exercice du candidat
* Nom de l’établissement :      Service/Unité/pôle :
* Type d’établissement :
* Adresse :      CP :       Ville :
	1. Lieu de la recherche : [ ]  *cocher si identique au lieu d’exercice*
* Nom de l’établissement :      Service/Unité/pôle :
* Type d’établissement :
* Adresse :      CP :       Ville :
* **POUR VOUS CONTACTER**
	1. Par mail ou téléphone
* Courriel 1 :       Courriel 2 :
* Téléphone mobile :
* Téléphone fixe :
	1. Par la poste

[ ]   *Identique au lieu d’exercice*

[ ]   *Identique au lieu de recherche*

* **POUR CONNAITRE VOTRE EQUIPE**
	1. Le Directeur de l’équipe [ ]  *cocher si vous êtes le candidat*
* Prénom :       Nom :
* Email :       Téléphone fixe :
* Spécialité, métier *(champs libre):*
	1. Autres collaborateurs scientifiques impliqués dans le projet
* Prénom :       Nom :
* Email :
* Spécialité, métier\**(champs libre) :*
* Prénom :       Nom :
* Email :
* Spécialité, métier\**(champs libre) :*
* Prénom :       Nom :
* Email :
* Spécialité, métier\**(champs libre):*

\*: *n’Oubliez pas si vous le savez, d’indiquer le nom de l’ARC*

* 1. Collaborateurs administratifs impliqués dans le projet
* Prénom :       Nom :
* Email :Téléphone fixe :
* Fonction /métier *(champs libre) :*
* Prénom :       Nom :
* Email :Téléphone fixe :
* Fonction /métier *(champs libre) :*

\*: *SI possible le nom de la personne en charge du budget d’une part et des conventions d’autre part*

* 1. Vos publications les plus marquantes *(tout thème confondu) (3 max)*
* Titre :
* Auteurs principaux :
* Revue :
* Date :
* Titre :
* Auteurs principaux :
* Revue :
* Date :
* Titre :
* Auteurs principaux :
* Revue :
* Date :
1. DOSSIER D’EVALUATION DE VOTRE CANDIDATURE
	1. Vos antécédents avec la Fondation Sandrine Castellotti
* Avez vous déjà deposé un dossier de candidature ? [ ]  Coché siOui
* Si oui année du dernier dépôt :
* Vous ou l’un de vos collaborateurs, rattaché à votre équipe a-t-il déjà été financé ?

Si oui, indiquez l’année      et le n° du dernier projet :

* 1. Vos antécédents avec la Fondation de l’Avenir
* Avez vous déjà deposé un dossier de candidature ? [ ]  Coché siOui
* Si oui année du dernier dépôt :
* Vous ou l’un de vos collaborateurs, rattaché à votre équipe a-t-il déjà été financé ?

Si oui, indiquez l’année      et le n° du dernier projet :

* 1. Vos expertises
* Avez-vous déjà réalisé des expertises pour la Fondation Sandrine Castellotti ou la Fondation de l’Avenir?
* [ ]  Non Sioui, En quelle année
	1. Si vous souhaitez nous proposer un reviewer de votre dossier….
* Prénom :       Nom :
* Email :
* Spécialité, métier *(champs libre) :*
* Prénom :       Nom :
* Email :
* Spécialité, métier *(champs libre) :*
1. BUDGETAIRE

Demande Générale du budget (en TTC)

*Le détail de la demande budgétaire figure en pièce jointe*

Rappel :

* *Le matériel hors consommable reste la propriété de la Fondation*
* *La Fondation ne finance plus de matériel de bureautique*
* *Les frais de gestion ne doivent pas dépasser 7% et ne sont acceptés que s’il y a des frais de RH*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LIGNES BUDGETAIRES | MONTANT TTC | NATURE DE LA DEPENSE |
| Cout total du projet   |  | Le cout total du projet comprend le montant de la fondation et celui des co-financements |
| Nom du Co-financeur | MONTANT TTC | Coché si obtenu | Que couvre ce co-financement ? |
|  |  | [ ]  |  |
|  |  | [ ]  |  |
|  |  | [ ]  |  |
| Demandé à la Fondation : | MONTANT TTC | Préciser la nature des dépenses : |
| * Ressources humaines
 |  |  |
| * Consommables
 |  |  |
| * Matériel
 |  |  |
| * Frais administratifs
 |  |  |
| **SOIT TOTAL DEMANDE** |  |  |

1. DOSSIER REGLEMENTAIRE
	1. AUTORISATIONS/AVIS
* [ ]  Projet de recherche Clinique
	+ Indiquer les autorisations/ avis nécessaires (CPP, ANSM, CNIL…)
	+ Préciser si ces autorisations sont :
* [ ]  à demander :
* [ ]  en cours *(présenter les justificatifs):*
* [ ]  Obtenues *(présenter les justificatifs)* :
* [ ]  Projet de recherche pré-clinique
	+ Indiquer les autorisations/ avis nécessaires :
* [ ]  Autre Recherche
	+ Indiquer les autorisations/ avis nécessaires :
1. DOSSIER SCIENTIFIQUE/PROTOCOLE DE RECHERCHE
	1. LE TITRE DU PROJET

**TITRE COMPLET (***Il ne sera pas diffusé sur les sites de la Fondation Sandrine Castellotti ni de la Fondation de l’Avenir) - 250 signes max*

* **TITRE VULGARISE** *(il pourra être diffusé sur les sites de la Fondation Sandrine Castellotti ni de la Fondation de l’Avenir) – 250 signes max*

* 1. LES RESUMES
* **RESUME SCIENTIFIQUE** *(Il ne sera pas diffusé sur les sites de la Fondation Sandrine Castellotti ni de la Fondation de l’Avenir) - 3000 signes max*

* **RESUME GRAND PUBLIC** *(il pourra être diffusé sur les sites de la Fondation Sandrine Castellotti ni de la Fondation de l’Avenir) – 700 signes max*

* 1. THEMATIQUES DU PROJET
* **THEME DE L’APPEL A PROJETS**

Choisir le thème de cet AAP le plus approprié à votre projet

Thème :

* **LES MOTS CLES DU PROJET**

Choisir les mots clés les plus appropriés à votre projet qui nous aideront à retrouver votre projet dans notre base de données :

* Pathologie :
* Technique :
* Population :
	1. JUSTIFICATION DE VOTRE DEMANDE

Vous pouvez justifier le montant, la demande à la Fondation Sandrine Castellotti, l’intérêt de la recherche, les potentialités de publication….

* 1. LE CALENDRIER DU PROJET

Durée totale du projet    mois

Précisez ici les principales étapes de votre projet. *(6 Etapes max)*

Ex : début des inclusions 2 mois janv. : 20 inclusions ; février : 30 inclusions

Ex : création du modèle 7mois nov. 2025-Mai 2025 : livrable rapport intermédiaire

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N° | Nom de l’étape | Durée en mois | Préciser les indicateurs d’avancement de l’étape et les éventuels livrables et les dépenses correspondantes (si possible) |
| 1 |       |    |       |
| 2 |       |    |       |
| 3 |       |    |       |
| 4 |       |    |       |
| 5 |       |    |       |
| 6 |       |    |       |

* 1. PROTOCOLE (à fournir en annexe)

*15 pages maximum*

**Que votre recherche comporte une partie d'expérimentation animale**, **clinique ou translationnelle elle doit préciser impérativement dans tous les cas :**

* La justification scientifique du projet, les résultats attendus et les perspectives
* L’expérience personnelle et de l’équipe dans le domaine du projet présenté
* L’objectif de l’étude et les critères de mesures choisis pour l’évaluation (critères de jugement)
* La méthodologie (qui comportera obligatoirement un plan expérimental détaillé)
* la gestion des données (nombre de sujets nécessaires et plan d’analyse)
* La bibliographie de référence

***La rédaction du protocole doit être suffisamment précise pour permettre de justifier :***

* La faisabilité du projet, les moyens demandés, le caractère applicatif à court ou moyen terme

***Concernant les projets impliquant la personne humaine :***

* Le contexte réglementaire doit être précisé : Jardet /Cerees/Cnil…

**RAPPELS DES CONDITIONS DE CANDIDATURE**

* *Vous n’avez pas de financement en cours à la Fondation Sandrine Castellotti*
* *Vous respectez le format du présent formulaire*
* *Vous acceptez l’ensemble des conditions mentionnées dans le cahier des charges*
* *Vous acceptez les conditions d’utilisation des données en cochant cette case* [ ] *:*

*J’accepte que les informations recueillies sur ce formulaire soient enregistrées dans un fichier informatisé serveur sécurisé géré par la Fondation Sandrine Castellotti.*

*Les données personnelles extraites sont destinées à la Fondation Sandrine Castellotti à des fins de gestion interne, pour la gestion de votre dossier notamment. La Fondation Sandrine Castellotti s’engage à ne pas sortir ces données en dehors de l’Union Européenne et à ne pas les échanger avec une autre entité, sans votre accord express. Conformément à la loi « Informatique et libertés », vous pouvez vous opposer à l’utilisation de vos données à caractère personnel ou y accéder pour leur rectification, limitation ou effacement, en contactant :*

*Le Délégué à la Protection des Données de la Fondation Sandrine Castellotti, Immeuble ILO, 123 boulevard de Grenelle 75015 Paris. Tél : 01 40 43 23 72. Mail :* *dpo@fondationdelavenir.org*

*Elles sont conservées pendant la durée strictement nécessaire à la réalisation des finalités précitées.*

**CE DOSSIER DOIT ETRE ENVOYE EN FORMAT WORD A L’ADRESSE** **riis@fondationdelavenir.org** **AVANT LE 20 avril 2025 :**

**Vous devez y joindre les 3 éléments suivant :**

*Le CV du candidat (pdf) La grille budgétaire(excel) Le protocole de recherche (pdf)*