****

**APPEL A PROJETS FIMATHO 2023**

**Dossier de candidature**

*[Mise à jour le 09/01/2023]*

**Tout dossier incomplet sera jugé non-recevable**

Les champs marqués d’un \* (astérisque) sont obligatoires

***Pour rappel*** *: Le dossier de candidature est à adresser à fimatho@chru-lille.fr avant le* ***28 février 2023 à 23h59***

|  |
| --- |
| **Titre du projet \* :**  |

**Maladie(s) concernée(s)\* :**

**Thématique du projet \*** *(veuillez ne cocher qu’une seule case)* :

[ ]  Amélioration de la prise en charge des patients atteints de maladies abdomino-thoraciques rares

[ ] Recherche fondamentale, translationnelle et clinique

[ ] Enseignement, formation et information

**1. Administratif**

**Identification de la structure du porteur de projet\***

[ ]  Laboratoire de Recherche partenaire FIMATHO

[ ]  Association de patient, partenaire FIMATHO

[ ]  Centre de Référence Maladies (CRMR)

[ ]  Centre de Compétence Maladies Rares (CCMR)

**Raison sociale** :

**Adresse :**

**Service / Pôle / Laboratoire concerné :**

**Code Postal :**       **Commune :**

**Domaine d’activité :**

**Tel :**       **@ :**

**Identification de la structure recevant le financement (si différent de la structure initiale)**

**Raison sociale** :

**Adresse :**

**N° d’identification (SIRET, SIREN ou RNA) :**

**Code Postal :**       **Commune :**

**Domaine d’activité :**

**Tel :**       **@ :**

**Identification du porteur de projet \***

**Nom :**

**Prénom :**

**En qualité de :**

**Tel :**       **@ :**

[ ]  J’accepte d’être contacté pour être évaluateur de l’Appel à Projets FIMATHO (à partir de l’année suivant ma candidature) et que mes coordonnées soient enregistrées dans l’annuaire interne des évaluateurs FIMATHO.

**Coordonnées de 2 experts du champ d’action du projet (facultatif)**

Ces deux personnes ne peuvent en aucun cas : prendre part au projet, faire partie de l’équipe d’un des partenaires du projet ou être sponsor du projet.

**Nom :**

**Prénom :**

**En qualité de :**

**Tel :**       **@ :**

**Nom :**

**Prénom :**

**En qualité de :**

**Tel :**       **@ :**

 **2. Descriptif du projet**

**Résumé \* *(environ 10 lignes)***

**Contexte du projet \***

**Objectifs du projet \***

**Descriptif exhaustif du projet \* *(en deux pages maximum)***

* **Calendrier prévisionnel \* *(la durée maximale du projet devra être de 2 ans)***

**Étape 1 :**

**Étape 2 :**

**Étape 3 :**

**Étape 4 :**

**Étape 5 :**

* **Partenaires identifiés \***

* **Public cible\* *(patients, personnels, familles)***

**Indicateurs de suivi et d’évaluation\* *(quantitatifs et/ou qualitatifs, permettant de suivre les résultats et le succès du projet)***

**Résultats attendus et perspectives d’évolution \***

**Outils de communication découlant du projet *(si applicable)***

**Informations complémentaires éventuelles**

**Ressources existantes et déjà disponibles pour le projet \* *(Ressources d’information, de matériel, de personnel ou financements déjà obtenus)***

**Ressources demandées pour la réalisation du projet \***

**Co-financement(s) éventuel(s)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Détails** | **Obtenu** | **Demandé** |
|       |      € |      € |
|       |      € |      € |
|       |      € |      € |
|       |      € |      € |
|       |      € |      € |

**3. Eléments budgétaires**

Merci de compléter ce tableau avec des chiffres précis et non des montants approximatifs. Si des devis sont déjà disponibles, merci de les joindre au dossier de candidature.

|  |  |
| --- | --- |
| **Descriptif des coûts** | **Montant** |
| **Achats** |
|       |      € |
|       |      € |
|       |      € |
|       |      € |
| **Charges de personnel** |
|       |      € |
|       |      € |
|       |      € |
|       |      € |
| **Frais de fonctionnement** |
|       |      € |
|       |      € |
|       |      € |
| **Autres charges** |
|       |      € |
|       |      € |
|       |      € |

**Coût total du projet (co-financements et fonds propres inclus) \* :**

**4. Bibliographie**