****

**Faire reculer les maladies neurodégénératives**

**Faire émerger les talents**

**Faire revivre le patrimoine**

**Appel à projets 2023  
« Projet de recherche pilote portant sur l’évaluation d’interventions non médicamenteuses complémentaires dans les maladies neurodégénératives »**

**Soumission des projets :**

**Au plus tard le 8 décembre 2023 – 23h59**

Le dépôt des demandes se fera en un seul temps par courriel à [a.pinseau@fondationclementfayat.com](mailto:a.pinseau@fondationclementfayat.com)

julie.erraud@chu-bordeaux.fr

Il est recommandé aux candidat·e·s de lire attentivement le présent document avant de soumettre leur projet.

**1. IDENTIFICATION DU PROJET**

**Titre du projet**:

**Acronyme** :

**Mots-clé (5 maxi)**:

**Budget demandé**:

**Durée (mois)**:

**Etablissement promoteur/gestionnaire envisagé** :

**2. Description administrative**

**Équipe n°1 : Porteur du projet**

**2.1 Porteur du projet**

**NOM** *:*

**Prénom** *:*

***Date de naissance****:*

**Grade / Statut \*** *:*

**Téléphone** *:*

**Courriel** *:*

***\*****(ex : CR, DR, MCU, MCU-PH, PU, PU-PH, PH, PA, Post-doc, doctorant, Technicien, Ingénieur…)*

**2.2. Département, Laboratoire, Etablissement …**

**Intitulé du laboratoire** *:*

**Intitulé de l’équipe (si pertinent)***:*

**Adresse** *:*

**Code postal** *:*

**Ville***:*

**NOM, prénom du directeur du laboratoire** *:*

**2.3. Bref CV du porteur de projet (1 page)**

**2.4. Liste des 5 principales publications de l’investigateur principal au cours des 5 dernières années**

**-**

**-**

**-**

**-**

**-**

**Équipe n°2 : Equipe Partenaire du projet (le cas échéant)**

**2.1 Responsable scientifique**

**NOM** :

**Prénom** *:*

***Date de naissance*** *:*

**Grade / Statut \****:*

**Téléphone** *:*

**Courriel** *:*

***\*****(ex : CR, DR, MCU, MCU-PH, PU, PU-PH, PH, PA, Post-doc, doctorant, Technicien, Ingénieur…)*

**2.2. Département, Laboratoire, Etablissement …**

**Intitulé du laboratoire** *:*

**Intitulé de l’équipe (si pertinent)***:*

**Adresse** *:*

**Code postal** *:*

**Ville** *:*

**NOM, prénom du directeur du laboratoire***:*

**2.3. Liste des 5 principales publications du responsable scientifique au cours des 5 dernières années**

**-**

**-**

**-**

**-**

**-**

**3. Résume**

**3.1. Résumé** (maximum 200 mots)

**3.3. Résumé grand public en français (max 300 mots)**

**4. Dossier scientifique**

**4.1. Description du projet (4 pages max)**

1. **Rationnel (contexte et hypothèses) /Résultats préliminaires**
2. **Objectifs**
3. **Plan de travail et méthodes**
4. **Résultats attendus**
5. **Originalité et caractère innovant**
6. **Calendrier** **prévisionnel**
7. **Bénéfices pour le patient, son environnement et/ou la santé publique**
8. **Références bibliographiques** *(max 10)*

**4.2. Stratégie de valorisation des résultats et mode de protection et d’exploitation des résultats (250 mots)**

**5. Formulaire Budget demandé**

**5.1. Durée du projet en mois** (36 mois maxi)*:*

**5.2. Répartition du budget*****:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Précision** | **Budget** | **Objet du financement** |
| Salaires (personnel non permanent seulement) (détailler les postes) | -- | -- |
| Equipement (préciser) | -- | -- |
| Fonctionnement (préciser) | -- | -- |
| Frais de mission | -- | -- |
| --- | -- | -- |
| --- | -- | -- |
| Autre (préciser) | -- | -- |
| Budget Total | 0 € |  |

**5.3. Autres financements demandés ou obtenus pour ce projet : OUI / NON**

*Si oui, préciser l’origine et le montant.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Origine | Montant TTC | demandé ou obtenu ? |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6. Engagement**

**J*e m’engage :***

1. *A respecter le cahier des charges du présent appel à projets,*
2. *A avoir obtenu l’autorisation du responsable de la structure d’accueil du projet (directeur de laboratoire, chef de service, président d’association, …),*
3. *A mentionner le soutien de la Fondation Clément Fayat dans les publications afférentes au projet,*
4. *A remettre un rapport sur le travail effectué au plus tard 90 jours après la fin du projet,*
5. *A remettre un rapport financier détaillé des dépenses justifiant l’utilisation du financement dans les 90 jours après la fin du projet.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature du porteur de projet :**  **Date :**  **Nom, Prénom :** | **Signature du responsable de la structure d’accueil :**  (directeur de laboratoire, chef de service, président de l’association, …)      **Date :**  **Nom, Prénom :** |
|  |  |