

**APPEL À PROJETS 2023 :**

**Pesticides et fertilité féminine**

**Fondation Santé Environnement de**

**la Mutuelle Familiale**

Dossier de Candidature

****

**RAPPELS DE CONDITIONS DE CANDIDATURE**

* *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 Santé Environnement de la Mutuelle Familiale.*

*Les données personnelles extraites sont destinées à la Fondation Santé Environnement de la Mutuelle Familiale à des fins de gestion interne, pour la gestion de votre dossier notamment. La Fondation Santé Environnement de la Mutuelle Familiale 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 opposez 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 Santé Environnement de la Mutuelle Familiale, 10-14 rue de Brancion 75015 Paris cedex 15. Tél : 01 40 43 61 77. Mail :* *dpo@fondationdelavenir.org*

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

**CE DOSSIER DOIT COMPORTER 4 PIECES JOINTES :**

*Le CV du candidat La grille budgétaire*

*Le protocole de recherche Le Curriculum Vitae du Porteur de projet*

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

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

* 1. Profession du candidat
* Diplôme :  *si autre préciser*:
* Spécialité :
	1. Statut et Fonction du candidat
* Statut : (PU-PH-, médecin, docteur en science, …)
* Fonction : (intitulé de poste)
	1. Lieu d’exercice du candidat
* Nom de l’établissement : Service/Unité/pôle :
* Type d’établissement :
* Adresse : CP :       Ville :
	1. Vos liens avec les établissements de santé mutualistes :

  un /des Etablissement(s) de Santé Mutualiste(s)

Le/les Etablissement mutualiste impliqué par le projet/candidat :

* **POUR VOUS CONTACTER**
	1. Par mail ou téléphone
* Email :
* Téléphone mobile :
* Téléphone fixe :
* **POUR CONNAITRE VOTRE EQUIPE**
	1. Le Directeur de l’équipe [ ]  à *cocher si vous êtes le candidat*
* Prénom :  Nom :
* Email :  Téléphone fixe :
* Spécialité, métier *(champs libre):*
	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 travaux les plus marquants *(tout thème confondu) (3 max)*

Cela peut être une communication lors d’un colloque, une publication scientifique, une thèse, …

* Titre :
* Description :
* Référence :
* Date :
* Titre :
* Description :
* Référence :
* Date :
* Titre :
* Description :
* Référence :
* Date :
1. DOSSIER BUDGETAIRE

Demande Générale du budget (en TTC)

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

Rappel :

* *Le matériel reste la propriété de la Fondation (Est considéré comme matériel l’achat d’un objet dont la valeur unitaire est de 1500€ ou plus)*
* *La Fondation ne finance pas de matériel de bureautique*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 des 3 principaux Co-financeurs  | MONTANT TTC\* | Coché si obtenu | Que couvre ce co-financement ? |
|  |  | [ ]  |  |
|  |  | [ ]  |  |
|  |  | [ ]  |  |
| Demandé à la Fondation : | MONTANT TTC\*\* | Préciser la nature des dépenses : |
| * Ressources humaines
 |  |  |
| * Prestation
 |  |  |
| * Consommables
 |  |  |
| * Matériel
 |  |  |
| * Frais de Valorisation
 |  |  |
| **SOIT TOTAL DEMANDE** |  | Ne pas prendre en compte les frais de valorisation dans le total demandé. |

\* Les montants demandés devront être arrondis à l’euro. Les montants sont indiqués en toutes taxes comprises.

\*\* Le montant demandé à la fondation doit rester inférieur ou égale à quarante mille euros toutes taxes comprises et hors frais de valorisation.

1. DOSSIER REGLEMENTAIRE
	1. AUTORISATIONS/AVIS
	* Préciser si les avis/autorisations dans leurs étapes au dépôt de la candidature :
* avis/autorisations à demander :

* avis/autorisations en cours *(présenter les justificatifs):*

* avis/autorisations obtenus *(présenter les justificatifs)* :

1. DOSSIER SCIENTIFIQUE/PROTOCOLE DE RECHERCHE
	1. LE TITRE DU PROJET

**TITRE COMPLET (***Il ne sera pas diffusé sur le site de la Fondation Santé Environnement de la Mutuelle Familiale) - 250 signes max*

* **TITRE VULGARISE** *(il sera diffusé sur le site de la la Fondation Santé Environnement de la Mutuelle Familiale, si le dossier est retenu) – 250 signes max*

* 1. LES RESUMES
* **RESUME** *(Il ne sera pas diffusé sur le site de la la Fondation Santé Environnement de la Mutuelle Familiale) - 3000 signes max*

* **RESUME GRAND PUBLIC** *(il sera diffusé sur le site de la la Fondation Santé Environnement de la Mutuelle Familiale, si le dossier est retenu) – 700 signes max*

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

(*Les questions suivantes serviront à définir les professionnels habilités à expertisé votre dossier)*

Choisir la discipline prédominante

**Dans le cas où vous avez sélectionné « Autre : » veuillez indiquer la discipline et justifier pourquoi cette discipline est rattachée à la thématique :**

* **LE REFERENCEMENT 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 :

Mots clefs supplémentaires :

       -       -       -

* 1. JUSTIFICATION DE VOTRE DEMANDE

Vous pouvez justifier le montant, la demande à la Fondation Santé Environnement de la Mutuelle Familiale, l’intérêt de la recherche, les potentialités de publication….

* 1. LE CALENDRIER DU PROJET

La durée totale du projet devra couvrir mois

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

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

* 1. Présentation libre et détaillée du protocole (à fournir en annexe)

*15 pages maximum*

**Votre présentation doit préciser :**

* La description du contexte
* L’objectif de l’étude
* La méthodologie de recherche
* Le plan de réalisation incluant un planning
* L’évaluation du plan d’action et les critères de mesures choisis pour l’évaluation
* L’expérience personnelle et de l’équipe dans le domaine du projet présenté
* La bibliographie de référence

***La rédaction de cette présentation doit être suffisamment détaillé pour justifier*** la faisabilité du projet, les moyens demandés, le caractère applicatif à court ou moyen terme

* 1. Grille budgétaire (à fournir en annexe)