

DIM IMMUNOTHERAPIES - AUTOIMMUNITE - CANCER

Gustave Roussy | region ile-de-france

Appel à projets Manifestation Scientifique 2024

formulaire de demande

*Ce document est* ***le formulaire de demande*** *pour l’AAP Manifestation Scientifique 2024 du DIM-ITAC. Veuillez modifier le texte en haut de page en remplaçant "NOM PORTEUR" par votre nom et sauvegarder votre copie avec un nom de fichier personnalisé (ITAC-ManifScient2024\_NOM.docx).*

*Veuillez ne pas modifier les paramètres du document (police, taille de la police, marge, propriétés des tableaux). Vous pouvez ajouter des figures et des tableaux à ce document dans la limite de page autorisée. La rédaction de la demande peut se faire en français ou en anglais. Les qualités rédactionnelles et les capacités de synthèse seront particulièrement appréciées. L’ensemble du document est limité à 20 pages maximum.*

|  |  |
| --- | --- |
| *Ouverture de l’AAP* | *Lundi 4 mars 2024* |
| *Fermeture de l’AAP* | *Lundi 13 mai 2024, 23h* |
| *Notification* | *Juillet 2024* |

***Date limite de dépôt des projets : Lundi 13 mai 2024 à 23h***

***Le formulaire de demande est à renvoyer complété et signé à l’adresse suivante :***[***dim-itac@gustaveroussy.fr***](mailto:dim-itac@gustaveroussy.fr)

***Attention : tout dossier reçu incomplet sera considéré comme inéligible et seuls les projets soumis avant la date limite de soumission seront étudiés.***

***Protection de vos données à caractère personnel****Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier utilisé par Gustave Roussy[[1]](#footnote-1), responsable de traitement au sens du RGPD, dans le cadre du projet DIM ITAC. La base juridique du traitement est le consentement que vous allez donner.*

*Les données collectées seront communiquées uniquement aux destinataires suivants : les services administratifs du DIM ITAC, les évaluateurs du projet, les membres du conseil scientifique et du conseil d’administration, le service financier de Gustave Roussy, pour la finalité suivante : évaluation d’une demande de financement dans le cadre des appels à projets du DIM ITAC. Les données seront conservées pendant 6 ans sur les serveurs sécurisés de Gustave Roussy et seront supprimées par la suite.*

*Vous pouvez retirer votre consentement et accéder, rectifier ou demander la suppression de vos données personnelles, ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Rendez-vous sur* [*cnil.fr*](https://cnil.fr/fr) *pour plus d'informations sur vos droits. Pour exercer ces droits, ou si vous avez des questions sur le traitement de vos données dans le cadre de ce dispositif, veuillez contacter notre délégué à la protection des données :* [donneespersonnelles@gustaveroussy.fr](mailto:donneespersonnelles@gustaveroussy.fr).

*Au cas où il ne vous serait pas donné satisfaction, vous pourriez également effectuer une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (Cnil) :*[*www.cnil.fr/fr/plaintes*](https://www.cnil.fr/fr/plaintes)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PORTEUR DU PROJET** | | | | | | |
| Civilité | Mme  Mr | | | Titre | Dr  Pr | |
| Nom | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | Prénom | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| Fonction | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | |
| Email | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | Téléphone | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
|  |  | | | | | |
| **ORGANISME DE TUTELLE DU PORTEUR** | | | | | | |
| Equipe | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | |
| Laboratoire | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | |
| Structure | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | |
| Adresse | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | |
| Code Postal | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | |
| Ville | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **ORGANISME GESTIONNAIRE DES FONDS** | | | | | | |
| Nom de l’organisme | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | |
| Adresse | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | |
| Personne habilitée à représenter moralement la structure *Nom, Prénom* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | |
| Personne contact *Nom, Prénom, mail* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **MANIFESTATION SCIENTIFIQUE**  *Cette information sera affichée sur le site web du DIM ITAC. N'incluez pas l'identité de votre organisation ou toute autre information exclusive.* | | | | | | |
| Titre en français  *(maximum 15 mots)* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | |
| Titre en anglais  *(maximum 15 mots)* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | |
| Date | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | |
| Lieu | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | |
| Type | Colloque | | Congrès | | | Table Ronde |
| Journée d’études | | Autre (précisez) : | | | |
| Portée | Nationale | | Européenne | | | Internationale |
| Public visé | Chercheurs/cliniciens | | Jeunes chercheurs | | | Patients |
| Grand public | | Autre (précisez) : | | | |
| Nombre de participants attendus | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **AXE THEMATIQUE** | | | | | | |
| Cancer | | Immunothérapies | | | Maladies Auto-immunes | |
| Argumentaire  *Veuillez indiquer en 15 lignes maximum en quoi votre projet s’inscrit dans la ou les thématiques cochées* | | | | | | |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | |
|  | | | | | | |

1. **Résumé scientifique de la manifestation**

*Ce résumé pourra être utilisé librement par le DIM ITAC (20 lignes maximum, précisant notamment le contexte, les objectifs et les résultats attendus)*

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

1. **Résumé grand public**

*Ces deux résumés pourront être utilisés librement par le DIM ITAC. Ils seront publiés sur le site internet du DIM ITAC* *(10 lignes maximum pour chaque résumé).*

|  |  |
| --- | --- |
| Français | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Anglais | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

1. **Projet de manifestation scientifique**

**Objectifs et intérêt scientifique de la manifestation (limité à 1,5 pages)**

*Décrivez ici le contexte et enjeux de la manifestation.*

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Programme (limité à 1 page)**

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Contribution à la diffusion de l’information scientifique (limité à 0.5 page)**

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Participation des jeunes chercheurs (limité à 0.5 page)**

*Décrivez comment la participation des jeunes chercheurs est favorisée (réduction des frais d’inscription, communications orales et/ ou affichées).*

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Retombées attendues, valorisation (limité à 0.5 page)**

*Décrivez les retombées attendues de la manifestation, au niveau du développement de collaborations, éducatif ou tout autre aspect relevant.*

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Caractère structurant dans le cadre du DIM ITAC (limité à 0.5 page)**

*Expliquer comment ce projet peut permettre de structurer la recherche autour des problématiques ITAC.*

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Déclaration des Avantages pour la Région Île-de-France (limité à 0.5 page)**

*Décrivez comment cette manifestation profitera à la Région Île-de-France et à ses citoyens.*

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

1. **Organisation de la manifestation** *(2 pages)*

**Courte biographie du porteur du projet***10 lignes maximum. Un CV plus détaillé au format libre (2 pages max) est également à fournir en Annexe.*

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Composition du comité d’organisation**

*Ajouter autant de lignes que nécessaires*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom, Prénom | Fonction | Organisme |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Composition du comité scientifique, s’il y a lieu**

*Ajouter autant de lignes que nécessaires*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom, Prénom | Fonction | Laboratoire/Structure |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Outils de communication prévus**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| site internet dédié | réseaux sociaux | affichage |
| Autres (précisez) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |

1. **Budget**

*Pour rappel, le montant demandé à la Région Île-de-France devra être égal au maximum à 50% du budget total, et ne pas dépasser 5 000€.*

|  |  |
| --- | --- |
| MONTANT DEMANDE AU DIM ITAC | COUT TOTAL DE LA MANIFESTATION |
| € | € |
| COFINANCEMENT | |
| oui  non | |
| Si oui, indiquer les partenaires financiers et si les aides financières sont en cours de demande ou bien déjà obtenues.   Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |

|  |  |
| --- | --- |
| POSTE DE DEPENSE | MONTANT |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  |
| TOTAL |  |

*Ajouter/Supprimer des lignes si besoin*

**Justification** *(0.5 page)*

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**La manifestation scientifique comprend-elle des frais d’inscription ?**

|  |
| --- |
| oui  non  Si oui, indiquer la ou les tarification(s) ci-dessous :  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

1. **Engagement sur l’honneur**

Si le financement est alloué, le porteur de projet s’engage à :

|  |  |
| --- | --- |
|  | Faire clairement apparaître la contribution régionale pour toutes les actions de communication, les produits et affichages liés au financement : *Projet soutenu par la Région Ile de-France dans le cadre du Domaine d’intérêt majeur « ImmunoTherapies, Auto-immunité et Cancer »* ou « *This work was supported by the Paris Île-de-France Region – DIM “ImmunoTherapies, Auto-immunité et Cancer*", avec apposition obligatoire des logos du DIM et de la Région Île-de-France. |
|  | Mettre à la disposition du DIM ITAC, les éléments (présentations, images) nécessaires à sa communication (site internet, illustrations, etc). |
|  | Fournir les pièces justificatives financières pour la mise en paiement de la subvention. |
|  | Restituer la somme perçue par la Région Île-de-France, via le DIM ITAC, si l’événement n’a pas lieu. |

**Pièces obligatoires à joindre à la demande :**

1. Le CV du porteur (2 pages max, format libre).
2. Le programme de l’événement
3. Les devis des différentes prestations.
4. Une lettre d’engagement, sur papier à en-tête, triplement signée par : le représentant légal de l’organisme gestionnaire des fonds (organisme de recherche, université, etc.), le directeur de la structure de recherche d’accueil (laboratoire, plateforme,) et le porteur de projet (trame ci-après).

Trame de lettre d’engagement

**Titre de la manifestation :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nous, soussignés,

Madame/Monsieur Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte., porteur du projet,   
Madame/Monsieur Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte., directeur de la structure de recherche d’accueil,   
Madame/Monsieur , représentant légal de l’établissement gestionnaire de la subvention, nous :

* déclarons avoir pris connaissance du texte de l’appel à projets et accepter l’intégralité des conditions de l’appel à projets,
* confirmons, sous notre propre responsabilité, la véracité de tout ce qui est indiqué dans la demande de financement déposée.
* nous engageons, en cas d’octroi du financement, à mettre en œuvre les activités telles que décrites dans le projet et à affecter le financement reçu à la réalisation exclusive du projet présenté.

**Signatures**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Porteur de projet*** | ***Directeur de la structure de recherche d’accueil*** | ***Représentant légal de l’établissement gestionnaire*** |
| ***Prénom Nom*** | ***Prénom Nom*** | ***Prénom Nom*** |
| **Date et Signature** | **Date et Signature** | **Date et Signature** |

1. Gustave Roussy – 39 bis rue Camille Desmoulins 94800 Villejuif [↑](#footnote-ref-1)