

HEAL ITALIA

BANDO A CASCATA

Allegato 1 - Formulario proposta progettuale

# **Informazioni anagrafiche**

|  |  |
| --- | --- |
| **Soggetto proponente**  *(****capofila*** *per le proposte progettuali in forma associata)* | |
| **Denominazione ufficiale** |  |
| **Forma giuridica** | Amministrazione pubblica  Micro impresa  Piccola impresa  Media impresa  Grande impresa  Startup innovativa  Impresa straniera  Ente SSN  Università o ente vigilato dal MUR  OdR iscritto all’ANR – **codice iscrizione**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fondazione pubblica iscritta all’ANR – **codice iscrizione**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fondazione privata iscritta all’ANR – **codice iscrizione**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Società consortile o consorzio a valenza internazionale |
| **Codice fiscale** |  |
| **Partita IVA** |  |
| **Indirizzo (sede legale)** |  |
| **Indirizzo sede operativa (unità dell’intervento)** |  |
| **Codice ATECO** *(solo per le imprese)* |  |
| **Numero REA** *(solo per le imprese)* |  |
| **Rappresentante legale** |  |
| **Email** |  |
| **PEC** |  |
| **Recapito telefonico** |  |
| **Persona di contatto** |  |
| **Email della persona di contatto** |  |

***Soltanto nel caso di proposte in forma associata, la tabella con le informazioni anagrafiche deve essere compilata per ciascun soggetto del partenariato. Ripetere, pertanto, la tabella sottostante per ciascun partner.***

|  |  |
| --- | --- |
| **Partner n. \_\_\_\_** | |
| **Denominazione ufficiale** |  |
| **Forma giuridica** | Amministrazione pubblica  Micro impresa  Piccola impresa  Media impresa  Grande impresa  Startup innovativa  Impresa straniera  Ente SSN  Università o ente vigilato dal MUR  OdR iscritto all’ANR – codice iscrizione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fondazione pubblica iscritta all’ANR – codice iscrizione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fondazione privata iscritta all’ANR – codice iscrizione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Società consortile o consorzio a valenza internazionale |
| **Codice fiscale** |  |
| **Partita IVA** |  |
| **Indirizzo (sede legale)** |  |
| **Indirizzo sede operativa (unità dell’intervento)** |  |
| **Codice ATECO** *(solo per le imprese)* |  |
| **Numero REA** *(solo per le imprese)* |  |
| **Rappresentante legale** |  |
| **Email** |  |
| **PEC** |  |
| **Recapito telefonico** |  |
| **Persona di contatto** |  |
| **Email della persona di contatto** |  |

# **Partner esterni non beneficiari[[1]](#footnote-2) *- Compilare la tabella solo se sono presenti***

|  |  |
| --- | --- |
| **Denominazione ufficiale** |  |
| **Forma giuridica** |  |
| **Codice fiscale** |  |
| **Partita IVA** |  |
| **Indirizzo (sede legale)** |  |
| **Rappresentante legale** |  |
| **Email** |  |
| **PEC** |  |
| **Recapito telefonico** |  |
| **Importo e modalità del cofinanziamento** |  |

# **Project details**

|  |  |
| --- | --- |
| Title  (Max. 160 characters including spaces) |  |
| Acronym |  |
| Research topic addressed  (select only one topic) | Topic n. 1 - Validation of preclinical models for the study of the mechanisms of cellular mechanotransduction  Topic n. 2 - Identification of therapeutic targets and validation of pharmacological strategies through preclinical and artificial intelligence models |
| Project total cost |  |
| Requested grant |  |
| % of the requested grant allocated to Southern Regions |  |
| Abstract  *Shortly, describe background, hypothesis, objectives, experimental design, expected results and the impact on Precision Medicine (max 600 words)* |  |

# **Admissibility of the intervention**

**All the following points must be addressed in order to fulfil the admissibility requirements as per art. 2.3 of the call for cascading grants.**

1. **COHERENCE**

|  |
| --- |
| *Explain how the proposal is coherent with the objectives of the Spoke 3 and how it will contribute, through technological transfer, to the implementation of 4.0 technologies (Big Data, IOT, AI, etc.) or other Key Enabling Technologies applied to Precision Medicine.* |
|  |
| *Explain how the proposed intervention is coherent with the research topic addressed.* |
|  |
| *Explain how the proposed intervention is coherent with Smart Specialisation Strategy (S3) of at least one of targeted Regions.* |
|  |

1. **LOCATION OF THE ACTION**

|  |
| --- |
| *List the Regions involved and the linked distribution of costs and grant requested.* |
|  |

1. **TECHNOLOGY READINESS LEVEL (TRL)**

|  |  |
| --- | --- |
| *State and explain the TRL of the intervention both at the starting phase of the project and at the final phase with a TRL>3 (MIN 1000 characters MAX 2000 characters)* | |
|  | |
| The proposed intervention aims to *(select all that apply)* | Development of new products  Development of new processes  Considerable improvement of existing products and services  Considerable improvement of existing processes |

1. **DNSH PRINCIPLE**

|  |
| --- |
| *Detail how the project is compliant with the Principle Do Not Significant harm.* |
|  |

# **Description of the project**

**Please, delete the instructions below before submitting your application**

|  |
| --- |
| *INSTRUCTIONS (please refer to the evaluation criteria of the call for proposal)*  *The description of the proposal should be maximum 15 pages, including pictures, preliminary data, Gantt chart. The format to be used is A4 size with 2 cm margins, Arial 11 font characters and single line spacing.*  *In this section, you should cover all the following points:*   * ***Background, Rationale and Feasibility****: describe i) the background; ii) the objectives of the proposal and explain their relevance for the research topic addressed; iii) the experimental design, the methods of implementation and rationale for such methodology* * ***Research plan****: organise the research plan in work-packages, tasks and milestones. Provide also a Gantt chart.* * ***Resources:*** *describe the infrastructure and main equipment available for the project as well as the overall personnel involved* * ***Risks and mitigation measures****: Provide an analysis of potential risks and related contingency plan or alternative approaches to be undertaken.* * ***Impact****: describe how the proposal can have an impact on Precision Medicine* * ***Bibliography*** |

# **Capacity of the applicant/consortium** (max 2 pages per each entity)

**Please, delete the instructions below before submitting your application**

|  |
| --- |
| *INSTRUCTIONS*   * *Briefly, describe the relevant background, scientific and technical competencies of the entity* * *Qualification of the research team involved, mentioning name, role in the project, specific expertise, gender, age as well as relevant publications for the addressed research topic (maximum 10 publications)* |

**Please, delete the instructions below before submitting your application**

|  |
| --- |
| *INSTRUCTIONS*   * *In case of consortium please describe the capacity and role of each participant, and the extent to which the consortium as a whole brings together the necessary expertise.*   *How does the consortium match the project’s objectives, and bring together the necessary disciplinary and inter-disciplinary knowledge? Describe how the members complement one another (and cover the value chain, where appropriate) • In what way does each of them contribute to the project? Show that each has a valid role, and adequate resources in the project to fulfil that role. (max. 2 pages)* |

# **BUDGET**

*Costo totale del progetto – per dettaglio del calcolo dei costi e delle agevolazioni compilare inoltre il budget in formato excel (allegato 9).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipologia di spesa** | **Ricerca Industriale** | **Sviluppo Sperimentale** |
| Personale |  |  |
| Materiali, attrezzature, licenze |  |  |
| Servizi di consulenza specialistica |  |  |
| Costi indiretti  *(max 15% dei costi diretti ammissibili per il personale)* |  |  |
| Altre tipologie di spesa |  |  |
| **Costo totale** |  | |
| **Agevolazione richiesta** |  | |
| **Agevolazione Mezzogiorno** |  | |

*Soggetto proponente /Capofila (in caso di presentazione in forma associata)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipologia di spesa** | **Ricerca Industriale** | **Sviluppo Sperimentale** |
| Personale |  |  |
| Materiali, attrezzature, licenze |  |  |
| Servizi di consulenza specialistica |  |  |
| Costi indiretti  *(max 15% dei costi diretti ammissibili per il personale)* |  |  |
| Altre tipologie di spesa |  |  |
| **Costo totale** |  | |
| **Agevolazione richiesta** |  | |
| **Agevolazione Mezzogiorno** |  | |

*Se progetto in forma associata, riportare il budget di ciascun soggetto componente il partenariato.*

*Partner n. \_\_\_\_*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipologia di spesa** | **Ricerca Industriale** | **Sviluppo Sperimentale** |
| Personale |  |  |
| Materiali, attrezzature, licenze |  |  |
| Servizi di consulenza specialistica |  |  |
| Costi indiretti  *(max 15% dei costi diretti ammissibili per il personale)* |  |  |
| Altre tipologie di spesa |  |  |
| **Costo totale** |  | |
| **Agevolazione richiesta** |  | |
| **Agevolazione Mezzogiorno** |  | |

*Partner n.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipologia di spesa** | **Ricerca Industriale** | **Sviluppo Sperimentale** |
| Personale |  |  |
| Materiali, attrezzature, licenze |  |  |
| Servizi di consulenza specialistica |  |  |
| Costi indiretti  *(max 15% dei costi diretti ammissibili per il personale)* |  |  |
| Altre tipologie di spesa |  |  |
| **Costo totale** |  | |
| **Agevolazione richiesta** |  | |
| **Agevolazione Mezzogiorno** |  | |

*Partner n.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipologia di spesa** | **Ricerca Industriale** | **Sviluppo Sperimentale** |
| Personale |  |  |
| Materiali, attrezzature, licenze |  |  |
| Servizi di consulenza specialistica |  |  |
| Costi indiretti  *(max 15% dei costi diretti ammissibili per il personale)* |  |  |
| Altre tipologie di spesa |  |  |
| **Costo totale** |  | |
| **Agevolazione richiesta** |  | |
| **Agevolazione Mezzogiorno** |  | |

1. Soggetti pubblici non beneficiari del finanziamento, diversi dal proponente o comunque esterni al partenariato proponente e che non ricoprono il ruolo di Hub/Spoke/Affiliato nell’ambito del PE HEAL ITALIA) che si impegnano a cofinanziare la proposta.

   Allegare su carta intestata dell’ente e su schema libero, la dichiarazione di impegno da parte di ciascuno di questi soggetti a cofinanziare la proposta indicando le correlate modalità di cofinanziamento (art. 5.1 del bando a cascata). [↑](#footnote-ref-2)