

**Association Internationale  
Espace Numérique Ouvert pour la Méditerranée  
e-Omed**

**APPEL A PROJET 2020**

**«EVALUATION ET CERTIFICATION NUMERIQUES»**

**FORMULAIRE DE CANDIDATURE**

Date limite de dépôt : **15 décembre 2020**

**A envoyer par mail aux adresses suivantes :**

[molka.belcadhi@eomed.org](mailto:molka.belcadhi@eomed.org) & [catherine.barreau@eomed.org](mailto:catherine.barreau@eomed.org)

## 1. Etablissement porteur et responsable(s) du projet

1.1 Etablissement porteur du projet (*l'établissement doit être membre d'e-Omed et à jour de ses cotisations*)

Nom de l'établissement :		Pays :	
Nom et prénom du représentant légal :		Titre :	Fonction (président, directeur, doyen ...) : .....
Faculté, Institut, département, centre de recherche, laboratoire, etc. ( <i>préciser</i> ) :			
Adresse postale :		Ville :	
Mail :	Téléphone :	Site internet :	

Faculté, Institut, département, centre de recherche, laboratoire, etc. ( <i>préciser</i> ) :			
Nom et prénom du responsable :		Titre :	Fonction : .....
Adresse postale :		Ville :	
Mail :	Téléphone :	Site internet :	

1.2 Responsable(s) scientifique (s) du projet

Nom :	Prénom :	Titre :	Fonction :
Téléphone :		Mail :	

Nom :	Prénom :	Titre :	Fonction :
Téléphone :		Mail :	

Nom :	Prénom :	Titre :	Fonction :
Téléphone :		Mail :	

## 2. Etablissements partenaires du projet

Le porteur et le partenaire associé membres d'e-Omed doivent être de régions différentes de la zone méditerranéenne. Les partenaires non-membres peuvent être de n'importe quelle autre région du monde. Le ou les partenaires du projet non membres d'e-Omed à la date du dépôt du projet ne peut ou ne peuvent bénéficier que de 50 % au maximum du financement alloué.

### 2.1 Établissement partenaire

Nom de l'établissement ( <i>membre d'e-Omed</i> ) :		Pays :	
Faculté, Institut, département, centre de recherche, laboratoire, etc. ( <i>préciser</i> ) :			
Co-responsable scientifique du projet			
Nom :	Prénom :	Titre :	Fonction :
Téléphone :		Mail :	

### 2.2 Établissement partenaire

Nom de l'établissement ( <i>membre d'e-Omed</i> ) :		Pays :	
Faculté, Institut, département, centre de recherche, laboratoire, etc. ( <i>préciser</i> ) :			
Co-responsable scientifique du projet			
Nom :	Prénom :	Titre :	Fonction :
Téléphone :		Mail :	

### 2.3 Établissement partenaire

Nom de l'établissement :		<input type="checkbox"/> Membre d'e-Omed ( <i>cocher le cas échéant</i> )	Pays :
Faculté, Institut, département, centre de recherche, laboratoire, etc. ( <i>préciser</i> ) :			
Co-responsable scientifique du projet			
Nom :	Prénom :	Titre :	Fonction :
Téléphone :		Mail :	

### 2.4 Établissement partenaire

Nom de l'établissement :		<input type="checkbox"/> Membre d'e-Omed ( <i>cocher le cas échéant</i> )	Pays :
Faculté, Institut, département, centre de recherche, laboratoire, etc. ( <i>préciser</i> ) :			

<b>Co-responsable scientifique du projet</b>			
<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>	<b>Titre :</b>	<b>Fonction :</b>
<b>Téléphone :</b>		<b>Mail :</b>	

**3. Description du projet** (cocher la case correspondant au volet de l'AAP cadre du projet déposé) :

**Volet 1 de l'AAP**

..

**Volet 2 de l'AAP**

**3.1 Identification du projet**

**3.2 Communauté thématique de rattachement** (voir sur le site [www.eomed.org](http://www.eomed.org) rubrique communautés thématiques)

**3.3 Description sommaire du projet** (*joindre la description détaillée y compris l'échéancier du projet en annexe*)

**Objectifs :**

  

**Contexte et Etat des lieux :**

  

**Méthodologie utilisée :**

  

**Répartition des tâches entre les partenaires :**

  

**Indicateurs d'évaluation :**

  

**Livrables :**

  

**Diffusion des résultats :**

## 4. Financement du projet

### 4.1 Coût du projet (précisez en particulier les cofinancements apportés par les partenaires non-membres d'e-Omed)

<b>Coût global :</b>	€	<b>Subvention demandée à e-Omed :</b>	€
		(Maximum 15 000 €)	
<b>Autres contributions – préciser les cofinancements notamment ceux apportés par les partenaires non-membres d'e-Omed</b>	<b>Etablissement</b>		<b>Montant</b>
			€
			€
			€
			€
			€
			€

### 4.2 Ventilation des dépenses relatives à la subvention demandée à e-Omed (précisez notamment les achats de matériel ou de logiciel)

Descriptif	Bénéficiaires*	Montant
		€
		€
		€
		€
		€
		€
		€
		€

\*Le ou les bénéficiaires du projet non-membres d'e-Omed ne peuvent percevoir plus de 50% du financement alloué par e-Omed.

## 5. Signature du responsable de Projet

<b>Signature</b>	<b>Date</b>
	jour mois année

## 6. Signature et cachet du représentant légal de l'établissement porteur du Projet

<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Fonction</b>
<b>Signature et cachet de l'établissement</b>		<b>Date</b>

NB : La convention de financement des projets retenus ne pourra être signée qu'après la fourniture des lettres d'engagement de l'ensemble des partenaires du projet.