**Association Internationale**

**Espace Numérique Ouvert pour la Méditerranée**

**e-Omed**

**APPEL A PROJET 2018**

**« Nouvelles stratégies numériques»**

**FORMULAIRE DE CANDIDATURE**

Date limite de dépôt : **31 Mai 2018**

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

**molka.belcadhi@eomed.org** **&** **catherine.barreau@eomed.org**

1. **Institution porteur du projet et responsable du projet**

**1.1 Établissement porteur du projet** *(l´établissement doit être membre d’e-Omed à jour de ses cotisations)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’établissement** :   | **Pays :**  |
| **Nom du Premier responsable :**  | **Prénom :**  | **Titre :**  | **Fonction :**  |
| **Faculté, Institut, département, centre de recherche, laboratoire, etc.** *(préciser)***:**  |
| **Adresse postale :**  | **Ville :**  |
| **Téléphone :**  | **Site Internet :**  |

* 1. **Responsable scientifique du projet**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom :**  | **Prénom :**  | **Titre :**  | **Fonction :**  |
| **Téléphone :**   | **Mail :**  |

1. **Etablissements partenaires du projet**

Au moins deux des établissements partenaires du projet doivent être membres d’e-Omed dont au moins un du Nord et un du Sud.

**2.1 Établissement partenaire**

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

**2.2 Établissement partenaire**

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

**2.3 Établissement partenaire**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom de l’établissement :** | [ ] Membre d’e-Omed *(cocher le cas échéant****)*** | **Pays :**  |
| **Faculté, Institut, département, centre de recherche, laboratoire, etc.** *(préciser)***:**  |
| **Co-responsable scientifique du projet** |
| **Nom :**  | **Prénom :**  | **Titre :**  | **Fonction :**  |
| **Téléphone :**   | **Mail :**  |

**2.4 Établissement partenaire**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom de l’établissement :** | [ ] Membre d’e-Omed *(cocher le cas échéant)* | **Pays :**  |
| **Faculté, Institut, département, centre de recherche, laboratoire, etc.** *(préciser)***:**  |
| **Co-responsable scientifique du projet** |
| **Nom :**  | **Prénom :**  | **Titre :**  | **Fonction :**  |
| **Téléphone :**   | **Mail :**  |

1. **Description du projet**

**3.1 Identification du projet**

|  |
| --- |
|   |

**3.2 Communauté thématique**

|  |
| --- |
|   |

**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 :** |

1. **Financement du projet**

**4.1 Coût du projet**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Coût global :** |   | € | **Subvention demandée à e-Omed :** |   | € |
|  |  |  | *(Maximum 15 000 € )* |  |
|  **Autres contributions** *– préciser* | **Institution** | **Montant** |  |
|   |   |   | € |
|   |   |   | € |

**4.2 Ventilation des dépenses relatives à la subvention demandée à e-Omed**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **Descriptif** | **Bénéficiaires** | **Montant** |  |
|   |   |   | € |
|   |   |   | € |
|   |   |   | € |
|   |   |   | € |
|   |   |   | € |
|   |   |   | € |
|   |   |   | € |
|   |   |   | € |
|   |   |   | € |

1. **Signature du responsable de Projet**

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature** | **Date** |
|  |   |   |   |
|  | jour | mois | année |

1. **Signature et cachet du représentant légal de l’établissement porteur du Projet**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom**  | **Prénom**  | **Fonction**  |
| **Signature et cachet de l’établissement** | **Date** |
|  |   |   |   |

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.