**Association Internationale**

**Espace Numérique Ouvert pour la Méditerranée**

**e-Omed**

**APPEL A PROJET 2022**

**FORMULAIRE DE CANDIDATURE**

Date limite de dépôt : **31 octobre 2022**

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

**amal.abdallah@eomed.org &** [**catherine.barreau@eomed.org**](mailto:catherine.barreau@eomed.org)

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

**1.1 Établissement 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 :**    **Prénom :** | | **Titre :** | **Fonction (président, directeur, doyen …) : ………………….** | |
| **Faculté, Institut, département, centre de recherche, laboratoire, etc.** *(préciser)***:** | | | | |
| **Adresse postale :** | **Ville :** | | | |
| **Mail :** | **Téléphone :** | | | **Site internet :** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Faculté, Institut, département, centre de recherche, laboratoire, etc. *(préciser)*:** | | | | |
| **Nom et prénom du responsable :**    **Prénom :** | **Titre :** | | **Fonction : ………………….** | |
| **Adresse postale :** | **Ville :** | | | |
| **Mail :** | **Téléphone :** | **Site internet :** | |

* 1. **Responsable(s) scientifique (s) du projet**

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

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

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

1. **Etablissements partenaires du projet**

Le porteur doit être situé dans la zone méditerranéenne. Les partenaires associés peuvent être membre ou pas d’e-Omed et dépendre de n’importe quelle région. 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** *(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 de rattachement (V sur le site**

|  |
| --- |
|  |

**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 (précisez en particulier les cofinancements apportés par les partenaires non-membres d’e-Omed)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Coût global :** |  | € | **Subvention demandée à e-Omed :** |  | € |
|  |  |  | *(Maximum 15 000 € )* | |  |
| **Autres contributions** *– préciser les cofinancements notamment ceux apportés par les partenaires non-membres d’e-Omed* | | **Etablissement** | | **Montant** |  |
|  | |  | |  | € |
|  | |  | |  | € |
|  | |  | |  | € |
|  | |  | |  | € |
|  | |  | |  | € |
|  | |  | |  | € |

**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.

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.