**

**APPEL A PROJETS RECHERCHE 2023/2024**

*Proposé par la Filière Nationale de Santé ORKiD*

La Filière ORKiD propose à tous ses acteurs (médecins, paramédicaux, chercheurs, …) un appel à projets qui concerne le **:**

**Soutien à 6 projets de** **recherche clinique, fondamentale ou translationnelle** **dans le domaine des maladies rénales rares**

Après analyse par des experts néphrologues pédiatres et adultes de la filière ORKiD, les **6 projets** **retenus** se verront attribuer un **financement maximal de 15 000€ TTC**.

**MODALITES DE DEPOT DES PROJETS**

* **Etape 1 :** Envoi de la lettre d’intention (Annexe 1) avant le **vendredi** **27 octobre 2023 à minuit** par email à l’adresse contact@filiereorkid.com avec en copie j-radenac@chu-montpellier.fr
* **Etape 2 :** Envoi du dossier complet avant le **vendredi 24 novembre 2023 à minuit** par email à l’adresse contact@filiereorkid.com avec en copie j-radenac@chu-montpellier.fr

 *Un email de confirmation vous sera adressé après réception des éléments.*

Le résultat de cet appel à projets est prévu pour le **lundi** **15 janvier 2024**, après étude des dossiers par les experts de la Filière.

**Critères d’éligibilité des candidats**

Les candidats éligibles à cet appel à projets :

* les membres des Centres de Compétence et de Référence de la Filière ORKiD.
* les membres des laboratoires partenaires de la Filière ORKiD dont le projet est en partenariat avec un clinicien du réseau ORKiD.
* Le porteur principal du projet, s’il est médecin, doit être âgé de moins de 45 ans.

**Ce dossier comprend 3 parties :**

1. Partie administrative
2. Partie scientifique
3. Partie financière
4. Dossier administratif

### Identification du projet

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre du projet** |  |
| **Objectif principal du projet** |  |
| **Durée du projet en mois (24 mois maximum)** |  |

### Porteur de projet

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM Prénom** |  |
| **Fonction** |  |
| **Email** |  |
| ❑ **Service** ❑ **Unité de recherche**❑ **Encadrant éventuel** |  |
| **Adresse de correspondance** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Discipline médicale (si applicable)** |  |

### Partenaires & parties prenantes (si projet collaboratif)

|  |
| --- |
| **Liste des partenaires** |
| **N°** | **NOM Prénom (du responsable du projet)** | **Email** | ❑ **Service**❑ **Unité de recherche**❑ **Encadrant éventuel** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Dossier scientifique

Description du projet : 1500 mots maximum au total

|  |
| --- |
| **Contexte** |
|  |

|  |
| --- |
| **Objectif principal (et objectifs secondaires, si applicable)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Méthodes :****Détaillez les principaux éléments méthodologiques** |
|  |

|  |
| --- |
| **Résultats espérés et perspectives** |
|  |

|  |
| --- |
| **Bibliographie (20 références maximum pour les projets de recherche)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Calendrier prévisionnel et étapes clés** **(durée de 24 mois maximum) (½ page maximum)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Indicateurs de suivi et d’évaluation** |
|  |

1. Dossier financier

### Détails de l’utilisation du budget de 15 000€ (outils éducatifs ou d’information : petit matériel, impression, réactifs de laboratoire…)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de prestation** | **Coût TTC** | **Prestataire** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Total € TTC :** |  |  |

**Date, signature et nom du responsable du projet**

Le …………………………

Nom du responsable du projet  …………………………………………

Signature

**ANNEXE 1 – Lettre d’intention**

Envoi de la lettre d’intention avant le **vendredi 27 octobre 2023 à minuit** par email à l’adresse contact@filiereorkid.com avec en copie j-radenac@chu-montpellier.fr

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre du projet** |  |
| **Résumé du projet** |  |
| **Porteur principal du projet** | NOM : Prénom : Mail : Fonction :  |
| **Etablissement de rattachement** |  |

|  |
| --- |
| **Liste de toutes les parties prenantes au projet***(Le but est d’éviter les conflits d’intérêt avec le jury qui sera désigné)* |
| **NOM Prénom** | **Email** | **Etablissement de rattachement** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Date, signature et nom du responsable du projet**

Date :

Nom du responsable du projet :

Signature :