**Rappel des conditions restrictives** (*cf section f de l’article 2 du règlement pour l’ensemble des conditions restrictives*) Une seule Candidature par service/unité/laboratoire d’un Organisme Candidat pourra être déposée par un Porteur de Projet. **Ne pas solliciter de financement par la SFN pour le même Projet**.

**FORMULAIRE DE CANDIDATURE A L’APPEL A PROJETS**

**BOURSES DE RECHERCHE BRAINNS PAR NOVARTIS**

**AVEC LE SOUTIEN DE LA SOCIETE FRANCAISE DE NEUROLOGIE**

|  |
| --- |
| **ORGANISME CANDIDAT**  *(personne morale* ***responsable de la réalisation*** *de la recherche,* ***signataire de la convention et percevant la Bourse*** *si elle est désignée comme Organisme Lauréat)* |
| **Dénomination de l’Organisme Candidat :** ....................................................................................................................... |
| **Structure :**  CNRS  INSERM  Etablissement de santé public  Etablissement de santé privé  Université  Association *(dont l’objet social prévoit des activités de recherche)*  Autre *(précisez)*  **Service / unité / laboratoire** portant le projet de recherche : Click or tap here to enter text. |
| **Adresse siège :**Click or tap here to enter text.  **Code postal / Ville :**Click or tap here to enter text. |
| **Représentant légal de l’Organisme Candidat** *(Directeur Général, Président...)* **:**  Click or tap here to enter text. |
| **Déclaration liens d’intérêts :**  J’atteste avoir procédé à l’évaluation des liens et conflits d’intérêts dans le cadre du Projet. Je confirme que tous les conflits d’intérêts réels, potentiels ou perçus sont décrits ci-dessous et avoir par ailleurs fourni dans la présente demande – en cas d’intervention d’un prestataire tiers – la déclaration requise sur les conflits d’intérêts identifiés. **S’il n’existe aucun conflit d’intérêts réel, potentiel ou perçu, indiquez « Aucun conflit d’intérêts » ci-dessous et en cas d’intervention d’un prestataire tiers, décrivez de manière synthétique les conditions de sélection du tiers (e.g. appel d’offres, autres critères de sélection).**  Click or tap here to enter text. |

|  |
| --- |
| **PORTEUR DU PROJET**  *(personne physique issue de la personne morale candidate)* |
| **Nom :** Click or tap here to enter text.  **Prénom :** Click or tap here to enter text. |
| **Statut :**  Professionnel de santé  Chercheur  Etudiant  Interne des Hôpitaux *(inscrit à un DES de neurologie)* |
| **Adresse professionnelle :**  Click or tap here to enter text.  **Code postal :** Click or tap here to enter text.  **Ville** : Click or tap here to enter text.  **Pays** : Click or tap here to enter text. |
| **N° de téléphone :** Click or tap here to enter text.  **Adresse électronique :** Click or tap here to enter text. |

* + **LE PROJET :**

**Durée du Projet :**Click or tap here to enter text. ***(La durée du Projet doit être comprise entre 1 et 2 ans)***

**Titre du Projet :**

Click or tap here to enter text.

**Ce formulaire de candidature devra être accompagné :**

**De la checklist des pièces constituant votre dossier BRAINNS, daté et signé**

**Du Synopsis du projet (5 pages maximum) :**

Ce synopsis doit être rédigé en langue française ou anglaise et inclure :

* la justification de la recherche,
* les objectifs,
* la méthodologie,
* les résultats attendus,
* la faisabilité,
* les motivations et les perspectives,
* le planning du projet (date de début et date de fin, la durée devant être comprise entre 1 et 2 ans)

**Du budget détaillé du projet** comprenant le montant de la bourse demandé ainsi que le détail des éventuels frais de gestion du projet (le montant de la bourse peut financer tout ou partie du Projet de recherche, mais ne peut en aucun cas servir à financer les frais détaillés à l’article 2 c) du règlement et/ou un coût homme lié à un professionnel de santé ou un étudiant se destinant à une profession de santé).

* + en cas d’intervention d’un prestataire externe dans le projet, merci de joindre tout document justificatif (exemple devis fournisseur).
  + en cas de financements multiples (multisponsor), merci de nous l’indiquer.

***Pour rappel le montant total des financements alloués au Projet ne devra pas excéder le budget total du Projet.***

* ***Rappel : le Projet ne portera sur aucun traitement médicamenteux de quelque nature que ce soit et ne peut pas être une recherche ou étude relevant de la loi Jardé (recherche impliquant la personne humaine) / règlement européen n°536/2014 sur les essais cliniques (EU-CTR).***

**Ainsi que les documents suivants :**

1. **Lettre de candidature à la Bourse** :
   * sur **papier à en-tête de l’Organisme Candidat** (ex : papier à en-tête Centre Hospitalier, de l’association de professionnels de santé) ;
   * **signée par un représentant légal de l’Organisme Candidat** ou d’une personne dûment habilitée à solliciter une bourse de recherche au nom de l’Organisme Candidat.
   * Si l’Organisme Candidat est une **association de professionnels de santé**, la lettre de candidature devra préciser son nombre d’adhérents.
   * Si l’Organisme Candidat est un **fonds de dotation**, la lettre de candidature devra préciser quelle est la structure réalisant le Projet et à laquelle la Bourse sera reversée.
   * Dans l’hypothèse où le Projet de recherche ne se déroulerait pas au sein de la structure candidate, cette information devra figurer au sein de la lettre de candidature. A défaut, une attestation selon laquelle toutes les **autorisations nécessaires** au déroulement du Projet ont été obtenues (exemple : autorisation d’un hôpital pour un Projet mené par une association au sein de cet hôpital) devra être fournie.
2. **Curriculum vitae** du Porteur du Projet
3. **Lettre d’accord du responsable du Porteur du Projet** si celui-ci n’est pas le responsable de l’équipe qui réalisera la recherche
4. **Les statuts de l’Organisme Candidat** (se référer à la checklist pour l’intégralité des documents demandés en fonction du type de structure):
   * s’il s’agit d’une **association loi 1901** :
     + sa publication au Journal Officiel,
     + les statuts signés qui, par leur objet, permettent à l’association de mener des activités de recherche en neurosciences ou neurologie et, par leurs ressources, permettent à l’association de percevoir des dons de la part de l’industrie pharmaceutique, les documents permettant d’évaluer l’activité de l’organisme ainsi que son budget sur les 12 derniers mois (rapports d’activité de de l’année précédente, rapports financiers, …)..

**Si les statuts ont plus de deux ans, une attestation du président de l’association précisant que les statuts n’ont pas été modifiés depuis leur date de signature devra être fournie à Novartis**;

* + pour les Organismes Candidats qui, de par leur structure ne disposent pas de statuts, tout élément justifiant de leur capacité juridique à percevoir des dons de Novartis dans le cadre de la recherche

**Pour les étudiants, Porteurs du Projet (éléments complémentaires) :**

1. **Attestation sur l’honneur** certifiant que le Projet présenté s’inscrit dans le cadre de la préparation d’un diplôme, nom du diplôme et nom de l’université ;
2. **Courrier d’accord de l’enseignant responsable** du Porteur du Projet

Novartis Pharma SAS utilise des données personnelles collectées afin d’assurer la gestion de sa relation avec les professionnels, les autorités, les agences et les associations du monde de la santé, la mise en œuvre du dispositif de transparence des liens, ainsi que la pharmacovigilance. Toutes les informations concernant le traitement de ces données sont disponibles ici : [www.novartis.fr/notice-information](http://www.novartis.fr/notice-information).

Elles seront conservées le temps nécessaire à la gestion de cette relation et, dans le cas d’un signalement de pharmacovigilance, pour une durée conforme à la réglementation en la matière.

Les personnes concernées disposent d’un droit d’accès, de rectification ou de suppression de leurs données personnelles. Elles peuvent, le cas échéant, en demander la portabilité, obtenir la limitation du traitement de leurs données personnelles, s’opposer à ce traitement et donner des directives sur le sort de leurs données après leur décès. Toutefois, pour la finalité relative à la pharmacovigilance et à la transparence, elles ne disposent pas d’un droit d’opposition ou de suppression.

Pour toutes questions ou pour exercer ces droits, la personne concernée peut contacter Novartis Pharma SAS à l’adresse email suivante : [droit.information@novartis.com](mailto:droit.information@novartis.com).

Elle peut également soumettre une réclamation au délégué de Novartis Pharma SAS à la protection des données à cette adresse email, [global.privacy\_office@novartis.com](mailto:global.privacy_office@novartis.com), et auprès de la CNIL (<https://www.cnil.fr/>) en cas de violation de ses droits