**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 octobre 2020**

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

**molka.belcadhi@eomed.org** **&** **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 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** *(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** (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 :** |

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.