**APPEL A PROJETS « Innovation Numérique en Santé » 2019**

**Cadre de réponse**

**Points de vigilance généraux :**

- Le projet ne doit pas être commencé et aucun engagement juridique ne doit être pris avant la date de dépôt du présent cadre de réponse.

- Toutes les informations demandées dans ce cadre de réponse doivent être complétées (pas de renvoi vers des documents annexes) et toutes les pièces fournies.

**L’instruction de la candidature ne débutera qu’à réception de l’ensemble des pièces constituant cette candidature à savoir :**

 - le cadre de réponse complété et signé par chacun des membres du consortium,

 - un plan de financement pour chacun des membres du consortium accompagné de l’ensemble des justificatifs pour les dépenses autres que les frais de personnel,

 - pour les entreprises : les trois dernières liasses fiscales.

- Si le projet est présélectionné, des compléments administratifs et des compléments d’informations liés au projet seront demandés lors de la phase 2 de l’appel à projets.

- Chaque consortium présélectionné en phase 1 devra obligatoirement déposer à l’échéance de la phase 2 un accord de consortium signé par les tous les membres.

Veuillez renseigner le nom de chaque membre du consortium en fonction de leur typologie dans le tableau suivant (rajoutez des lignes si nécessaire) :

|  |  |
| --- | --- |
| **Typologie des membres du consortium** | **Nom des membres** |
| « Acteur de santé » : Etablissement sanitaire |  |
| « Acteur de santé » : Etablissement ou Service médico-social |  |
|  « Acteur de santé » : Association d’usagers, association de patients |  |
| « Acteur de santé » : Professionnel(s) de santé libéral (aux) |  |
| « Acteur de santé » : Autres (collectivité territoriale, association…) |  |
| « Entreprise » |  |
| « Laboratoire » |  |
| Partenaires « autres » (non finançables) |  |
| Intitulé de l’opération |  |
| Période prévisionnelle de réalisation de l’opération | du |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| au |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| |

*Le porteur de projet attendu dans le cadre de l’appel à projet est un consortium constitué a minima d’une entreprise et d’un acteur de santé, selon les définitions et modalités décrites dans le cahier des charges de l’appel à projets.*

Table des matières

[I. Type de financement demandé 6](#_Toc29747527)

[II. Coût du projet et montants sollicités 7](#_Toc29747528)

[III. Description générale du projet 8](#_Toc29747529)

[A. Présentation de la solution innovante 8](#_Toc29747530)

[1. Description de la solution innovante 8](#_Toc29747531)

[2. Caractérisation de la solution innovante 9](#_Toc29747532)

[3. Etat de l’art 9](#_Toc29747533)

[4. Verrous technologiques 10](#_Toc29747534)

[5. Conformité à la règlementation en vigueur concernant le marquage ce et les dispositifs médicaux 10](#_Toc29747535)

[6. Propriété intellectuelle 11](#_Toc29747536)

[B. Présentation du projet 12](#_Toc29747537)

[1. Historique et contexte du projet 12](#_Toc29747538)

[2. Public bénéficiaire 12](#_Toc29747539)

[3. Enjeux et objectifs du projet 13](#_Toc29747540)

[4. Zone géographique ou territoire sur lequel sera développée et déployée la solution numérique durant le projet 13](#_Toc29747541)

[5. Analyse des bénéfices et des risques pour le public visé 14](#_Toc29747542)

[6. Méthodologie de co-construction de la solution prévue dans le projet 14](#_Toc29747543)

[7. Positionnement du projet par rapport aux stratégies régionale et nationale en santé 14](#_Toc29747544)

[8. Retombées économiques du projet pour le territoire de la région Occitanie 15](#_Toc29747545)

[9. Modèle économique envisagé de la solution numérique 15](#_Toc29747546)

[C. Organisation du projet 15](#_Toc29747547)

[1. Modalités de mise en œuvre 15](#_Toc29747548)

[2. Démarche éthique : comment est-elle prise en compte dans le projet ? 16](#_Toc29747549)

[3. Méthodologie d’évaluation et de suivi du projet 16](#_Toc29747550)

[4. Liens d’intérêts 16](#_Toc29747551)

[IV. FICHE ACTEUR DE SANTÉ 18](#_Toc29747552)

[A. ELEMENTS ADMINISTRATIFS 18](#_Toc29747553)

[B. PRESENTATION 19](#_Toc29747554)

[1. Présentation générale de l’acteur de santé 19](#_Toc29747555)

[2. Objectifs recherchés par l’acteur de santé 19](#_Toc29747556)

[3. 🡪 Principaux projets d’innovations déjà menés 19](#_Toc29747557)

[4. Dynamique du partenariat 20](#_Toc29747558)

[5. Moyens mis en œuvre par l’acteur de santé pour le projet 20](#_Toc29747559)

[C. ROLE DE L’ACTEUR DE SANTÉ DANS LE PROJET 21](#_Toc29747560)

[1. Implication de l’acteur de santé dans le projet 21](#_Toc29747561)

[2. Résultats escomptés du projet pour l’acteur de santé 21](#_Toc29747562)

[3. Livrables attendus suite à la réalisation du projet 21](#_Toc29747563)

[D. PLAN DE FINANCEMENT DU PROJET 21](#_Toc29747564)

[1. Les dépenses prévisionnelles 21](#_Toc29747565)

[2. Les ressources 22](#_Toc29747566)

[E. ATTESTATION DE L’ACTEUR DE SANTÉ 23](#_Toc29747567)

[V. FICHE ENTREPRISE 24](#_Toc29747568)

[A. ELEMENTS ADMINISTRATIFS 24](#_Toc29747569)

[B. ELEMENTS FINANCIERS 25](#_Toc29747570)

[C. PRESENTATION DE L’ENTREPRISE 25](#_Toc29747571)

[1. Présentation générale de l’entreprise 25](#_Toc29747572)

[2. Axes stratégiques de développement 25](#_Toc29747573)

[D. ROLE DE L’ENTREPRISE DANS LE PROJET 26](#_Toc29747574)

[1. Implication de l’entreprise dans le projet 26](#_Toc29747575)

[2. Résultats escomptés du projet pour l’entreprise 26](#_Toc29747576)

[3. Moyens mobilisés par l’entreprise pour le projet 26](#_Toc29747577)

[E. PLAN DE FINANCEMENT DU PROJET 26](#_Toc29747578)

[1. Les dépenses prévisionnelles 26](#_Toc29747579)

[2. Les ressources 27](#_Toc29747580)

[3. Les aides obtenues au cours des 3 dernières années au moment du dépôt : 27](#_Toc29747581)

[F. ATTESTATION DE L’ENTREPRISE 28](#_Toc29747582)

[VI. FICHE LABORATOIRE 29](#_Toc29747583)

[A. ELEMENTS ADMINISTRATIFS 29](#_Toc29747584)

[B. PRESENTATION DU LABORATOIRE 30](#_Toc29747585)

[1. Contexte 30](#_Toc29747586)

[2. Objectifs recherchés par le laboratoire 30](#_Toc29747587)

[3. Résultats escomptés 30](#_Toc29747588)

[4. Principales actions présentées 31](#_Toc29747589)

[5. Liste des publications des 3 dernières années en lien avec le projet déposé 31](#_Toc29747590)

[6. Dynamique du partenariat 31](#_Toc29747591)

[7. Moyens mis en œuvre par le laboratoire pour le projet 32](#_Toc29747592)

[8. Livrables attendus suite à la réalisation du projet 32](#_Toc29747593)

[C. PLAN DE FINANCEMENT DU PROJET 33](#_Toc29747594)

[1. Les dépenses prévisionnelles 33](#_Toc29747595)

[2. Les ressources 33](#_Toc29747596)

[D. ATTESTATION DU LABORATOIRE 34](#_Toc29747597)

# Type de financement demandé

*Veuillez choisir le type de financement demandé par le consortium en cochant la case correspondante :*

**□ Pour ce projet, vous souhaitez bénéficier d’un financement de l’ARS Occitanie uniquement**

**Points de vigilance :**

- L’ARS Occitanie financera uniquement les acteurs de santé impliqués dans le projet selon les conditions mentionnées dans le cahier des charges de l’appel à projets « Innovation Numérique en Santé ».

- Le dossier de candidature complet, accompagné des pièces justificatives demandées, devra être déposé au format numérique à l’adresse :

**innovesante.occitanie@ars.sante.fr**

*(Taille maximale du message : 10 Mo tout compris pièces jointes, message, destinataires)*

**□ Pour ce projet, vous souhaitez bénéficier d’un financement de l’ARS Occitanie et d’un financement complémentaire du Conseil Régional d’Occitanie**

**Points de vigilance :**

- L’ARS Occitanie financera uniquement les acteurs de santé impliqués dans le projet selon les conditions mentionnées dans le cahier des charges de l’appel à projets « Innovation Numérique en Santé ».

- Dans le cas d’une demande de financement complémentaire auprès du Conseil Régional d’Occitanie, les candidats devront impérativement déposer le cadre de réponse complété accompagné des pièces justificatives demandées au format numérique simultanément auprès de l’ARS Occitanie et du Conseil Régional d’Occitanie.

- Le cadre de réponse complété accompagné des pièces justificatives demandées devra être déposé au format numérique aux adresses :

**innovesante.occitanie@ars.sante.fr**

*(Taille maximale du message : 10 Mo tout compris pièces jointes, message, destinataires)*

**Et**

**readynov-sante@laregion.fr**

- Tout dépôt de candidature en différé rendra le projet inéligible.

- Les exemplaires des éléments de candidature déposés auprès de l’ARS et du Conseil Régional doivent être identiques.

# Coût du projet et montants sollicités

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMS DES MEMBRES DU CONSORTIUM** | **Coût du projet** **pour chaque membre** | **Montant de l'aide sollicitée** |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **COUT TOTAL** **pour l'ensemble des membres** |   |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COUTS TOTAUX** **PAR TYPOLOGIE DE MEMBRE DU CONSORTIUM** | **Coût du projet** **par typologie de membre** | **Montant de l'aide sollicitée** **par typologie de membre** |
| **COUT TOTAL pour les membres « acteur de santé »** |  |  |
| **COUT TOTAL pour les membres « entreprise » (dont laboratoire)** |  |  |
| **COUT TOTAL pour les membres « autres »** |  |  |
| **COUT TOTAL pour l'ensemble des membres du consortium** |  |  |

# Description générale du projet

## Présentation de la solution innovante

### Description de la solution innovante

|  |
| --- |
|  |

### Caractérisation de la solution innovante

|  |
| --- |
| **Quelle est la nature de l’innovation ?**🞎 Sociale 🞎 Technologique 🞎 Usage 🞎 Ne sais pasJustification :**Quel est l’objet de l’innovation ?**🞎 Marketing 🞎 Organisation 🞎 Procédés/Processus 🞎 Produit/Service 🞎 Ne sais pasJustification :**Quelle est l’intensité de l’innovation ?**🞎 Adaptation 🞎 Assemblage 🞎 Incrémentale 🞎 Rupture 🞎 Ne sais pasJustification :**Cette innovation est-elle déjà commercialisée ?**🞎 Oui 🞎 Non Précisez :**Quel est l’usage actuel de la solution numérique commercialisée que vous souhaitez adapter pour répondre à cet appel à projets ? :***(A compléter impérativement, si vous avez répondu « Oui » à la question précédente),* |

### Etat de l’art

|  |
| --- |
| *- Acquis technologiques et point de départ du projet.* *- Autres solutions connues portant sur des sujets proches (solutions concurrentes ou similaires), en France, Europe et dans le monde.* *- Positionnement et retombées de la solution innovante proposée par rapport à ces autres solutions identifiées : apports et intérêts.**- En quoi la solution est innovante ?* |

### Verrous technologiques

|  |
| --- |
| *- Préciser les principaux verrous technologiques. Préciser et démontrer le niveau de maturité technologique de la solution innovante au départ du projet et indiquer le niveau attendu à la fin, ainsi que les étapes pour passer les différents échelons. Préciser et démontrer la réalisation effective d’une preuve de concept. Il est recommandé de s’appuyer sur l’échelle TRL et son évolution au cours du projet.* |

### Conformité à la règlementation en vigueur concernant le marquage ce et les dispositifs médicaux

|  |
| --- |
| *Préciser l’état de votre solution numérique vis-à-vis du marquage CE et de la réglementation de l’Union Européenne en matière de DISPOSITIF MEDICAUX**(Pour information : Publication au JOUE du 25 mai 2017 de 2 règlements européens du 5 avril 2017 qui entrent en vigueur le 26 mai 2017: le  UE 2017/745 pour les DM applicable à partir du 26/05/2020 et le 2017/746 pour les DMDIV, applicable à partir du 26/05/2020 du 26/05/2022. Pour en savoir plus consulter le site de l’ANSM notamment le lien suivant :* [*https://www.ansm.sante.fr/Activites/Mise-sur-le-marche-des-dispositifs-medicaux-et-dispositifs-medicaux-de-diagnostic-in-vitro-DM-DMIA-DMDIV/Logiciels-et-applications-mobiles-en-sante/(offset)/2*](https://www.ansm.sante.fr/Activites/Mise-sur-le-marche-des-dispositifs-medicaux-et-dispositifs-medicaux-de-diagnostic-in-vitro-DM-DMIA-DMDIV/Logiciels-et-applications-mobiles-en-sante/%28offset%29/2)*)***Marquage CE****Cette innovation est-elle marquée CE ?**🞎 Oui 🞎 Non **Si non, envisagez-vous un marquage CE ?**🞎 Oui 🞎 Non **Dispositif Médical****Cette innovation est-elle un dispositif médical ?**🞎 Oui 🞎 Non **Si oui, quelle est la classe du dispositif médical ?** 🞎 Classe I 🞎 Classe IIa 🞎 Classe IIb 🞎 Classe III **Si non, envisagez-vous ou avez-vous une démarche en cours afin que votre solution soit reconnue comme un dispositif médical ?** 🞎 Oui 🞎 Non **Dans quel délai envisagez-vous de faire cette démarche auprès de l’Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ou à quelle date l’avez-vous commencé***?**(A compléter impérativement, si vous avez répondu « OUI » à la question précédente),***Une étude médico-économique a-t-elle été réalisée ?**🞎 Oui 🞎 Non 1. Dans l’affirmative, quels sont les résultats ? (*fournir les éléments bibliographiques / expériences étrangères)*
2. Dans la négative, une étude est-elle en perspective ?
 |

### Propriété intellectuelle

|  |
| --- |
| *- Etat actuel de la propriété industrielle (chez les concurrents et chez les partenaires).**- Présentation de la stratégie de protection industrielle (modalités de partage des résultats entre les partenaires) et dépôts de brevets / modèles / marques envisagés.* |

## Présentation du projet

### Historique et contexte du projet

|  |
| --- |
| *Description de l’historique et du contexte général du projet d’un point de vue réglementaire, commercial, technique, études et réalisations antérieures … Préciser le contexte, les constats et les besoins identifiés ayant conduit à la formulation du projet.* |

### Public bénéficiaire

|  |
| --- |
| *Quelle(s) est (sont) la (ou les) typologie(s) des personnes ciblées par la solution dans le cadre du projet (personnes en situation de handicap ou personnes âgées en perte d’autonomie, leurs aidants, les professionnels de santé qui les prennent en charge, ou une combinaison de ces utilisateurs) ?**Par typologie de personnes ciblées, précisez :** *le nombre d’utilisateurs de la solution numérique dans le cadre du projet*
* *le nombre d’utilisateurs de la solution numérique envisagé au-delà du projet*
 |

### Enjeux et objectifs du projet

|  |
| --- |
| *Intitulé du projet :**Décrire l’enjeu et le contenu du projet en répondant aux questions suivantes :**Quels sont les objectifs du projet ? Décrire :**- Les enjeux couverts par le projet en termes d’adaptation de la solution numérique aux besoins des utilisateurs (personnes en situation de handicap et/ou personnes âgées en perte d’autonomie, professionnels de santé qui les prennent en charge) pour réduire les inégalités d’accès aux soins* *- En matière d’accès aux soins, le caractère innovant de la solution qui sera adaptée.**- La cohérence et la plus-value de la solution par rapport à d’autres dispositifs et/ou solutions.**En quoi consiste le projet ?* *- Quelle est la pertinence du projet et de la solution en termes de réduction des inégalités d’accès aux soins* *- Sur quels facteurs de perte d’autonomie ou de handicap agit la solution proposée pour réduire les inégalités d’accès aux soins ?* *- Quelles sont les actions mises en œuvre grâce à la solution numérique qui sera adaptée ?* *Description des nouveaux produits, services, procédés visés dans le cadre du projet et leur positionnement par rapport aux attentes du marché, …* |

### Zone géographique ou territoire sur lequel sera développée et déployée la solution numérique durant le projet

|  |
| --- |
| *Précisez quel(s) département(s), quelle (s) commune(s), quel(s) canton(s)…**Différenciez bien la phase de mise au point / adaptation du produit (réalisée en co-construction avec un nombre réduit d’usagers) et la phase de déploiement* |

### Analyse des bénéfices et des risques pour le public visé

|  |
| --- |
| *Description et démonstration des bénéfices et des risques, actuels et/ou projetés, pour la ou les cible(s), pour les utilisateurs qu’ils soient finaux ou non,…* |

### Méthodologie de co-construction de la solution prévue dans le projet

|  |
| --- |
| *Un des objectifs visés par l’appel à projets vise à concevoir des solutions numériques adaptées à leurs futurs utilisateurs (professionnels, citoyens…) grâce à l’implication de ceux-ci dès les phases de conception et ensuite dans toutes les phases de vie du produit. Détaillez ici la ou les méthode(s) mise(s) en œuvre pour donner corps à cette co-construction et à sa continuité dans le temps* |

### Positionnement du projet par rapport aux stratégies régionale et nationale en santé

|  |
| --- |
| *Positionnement par rapport au plan « Ma Santé 2022 – Accélérer le virage numérique », positionnement par rapport au PRS 2018-2022, lien avec la thématique de l’appel à projets, apports du projet en matière de réduction des inégalités d’accès aux soins …* |

### Retombées économiques du projet pour le territoire de la région Occitanie

|  |
| --- |
| *Création ou maintien d’emplois sur le territoire, attractivité du territoire, …**Quels sont les risques (technique, financier, organisationnel…) identifiés sur le projet ?* |

### Modèle économique envisagé de la solution numérique

|  |
| --- |
| *Préciser :** *Identifier le marché cible et indiquer le modèle économique qui est envisagé pour assurer la viabilité de la solution,*
* *Dans le cadre de la commercialisation de la solution indiquer: le prix de vente, de location, d’abonnement, …envisagé qui seront à la charge des utilisateurs finaux*
 |

## Organisation du projet

### Modalités de mise en œuvre

|  |
| --- |
| *Le(s) porteur(s) doivent proposer et préciser le phasage général, le calendrier, les livrables, les modalités de pilotage du projet, de gouvernance du projet, de suivi du projet, la répartition des tâches entre les partenaires… et s’en portent garant.* |

### Démarche éthique : comment est-elle prise en compte dans le projet ?

|  |
| --- |
| *Le(s) porteur(s) sont notamment invités à préciser la démarche qui sera mise en œuvre afin de recueillir le consentement éclairé des personnes, ou pour les personnes en incapacité d’expression, recueillir celui de leur représentant tout en recherchant leur assentiment, qui participeront à la mise au point de la solution numérique ou qui utiliseront cette solution.**Quelles dispositions sont prévues concernant l’utilisation des données personnelles ?**S’il s’agit d’une solution numérique utilisant des algorithmes en vue d’une décision médicale, comment est-il garanti que cet algorithme ne se substituera pas à une décision humaine ?**Au regard du modèle économique envisagé, comment est envisagée l’accessibilité financière des utilisateurs à la solution lors de sa mise sur le marché?**Et toute autre information qui pour vous s’inscrirait dans cette démarche et qu’il vous parait importante de mentionner.* |

### Méthodologie d’évaluation et de suivi du projet

|  |
| --- |
| *Le consortium doit proposer et préciser la temporalité, les critères, les indicateurs, les responsables, les rapports d’évaluation, les rapports de suivi…**Il est attendu ici que le consortium soit force de proposition en matière :**- de critères et d’indicateurs (cf. § 8 – « Suivi et évaluation des projets retenus » du cahier des charges de l’appel à projets pour plus d’informations)**- de modalité de recueil et de transmission de ces indicateurs* |

### Liens d’intérêts

*Pour les consortia présélectionnés à l’issue de la phase 1 de l’appel à projets, une déclaration d’intérêts sera à compléter et à adresser à l’ARS Occitanie.*

*Préciser la liste des professionnels, organismes ou structures participant aux projets d’expérimentation qui remettent à l’ARS une déclaration d’intérêt au titre des liens directs ou indirects (au cours des cinq années précédant l’expérimentation) avec des établissements pharmaceutiques ou des entreprises fabriquant des matériels ou des dispositifs médicaux.*

*Pour plus de précisions, vous pouvez vous reporter à l’annexe de* [*l’arrêté du 31 mars 2017 qui fixe le contenu de la DPI*](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000034330604)*:*

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034330604&categorieLien=id>

# FICHE ACTEUR DE SANTÉ

**Chaque acteur de santé du projet d’innovation, doit compléter une fiche « acteur de santé ».**

## ELEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom de la structure et raison sociale (le cas échéant) :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Représentant légal (nom, prénom, coordonnées) et fonction :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contact (Personne en charge du suivi de l’opération) et fonction :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| ; |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

 Fixe Mobile

Adresse électronique : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° FINESS juridique pour les établissements sanitaires : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

N° FINESS géographique pour les établissements sanitaires ou médico-sociaux :

|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

N° RPPS pour les professionnels de santé libéraux : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

N° SIRET (ou SIREN le cas échéant) : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

N° RNA si le porteur de projet est une association :

 |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Nature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Statut juridique : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Exemples : SA, SARL, EURL, SAS, Entreprise individuelle, GIP, GCS, association loi 1901, établissement de santé, etc.*

Adresse :

N° et Libellé de la voie :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code postal : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Commune : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Régime TVA :

[ ]  Assujetti [ ] Non assujetti [ ]  Partiellement assujetti au taux de \_\_\_\_\_\_ %

## PRESENTATION

### Présentation générale de l’acteur de santé

|  |
| --- |
| *- Présentation générale de l’acteur de santé, de son rôle dans le projet et le cas échéant complémentarité avec d'autres projets connus sur le même territoire.**- Inscription du projet dans le cadre d'un programme ou schéma plus global ou dans le cadre d'un autre appel à projets.* |

### Objectifs recherchés par l’acteur de santé

|  |
| --- |
|  |

### 🡪 Principaux projets d’innovations déjà menés

|  |
| --- |
|  |

### Dynamique du partenariat

*Comment se sont noués les contacts entre les partenaires ?*

*Quelles sont les relations entre l’acteur de santé et l’entreprise ? Actuelles et Futures ? (1500 caractères maximum soit environ 20 lignes)*

### Moyens mis en œuvre par l’acteur de santé pour le projet

Ces moyens permettent au service instructeur d’apprécier votre capacité à coordonnées, piloter, suivre et mener à bien le projet dans les délais prévus :

Moyens humains affectés au projet : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_personnes

|  |  |
| --- | --- |
| Fonction des personnes affectées au projet | Temps prévisionnel consacré (part d’affectation au projet (préciser l’unité : ex : jours, heures…) |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |

=> Autres moyens utilisés pour les besoins du projet (moyens matériels, immatériels…)

=> Moyens administratifs de suivi du dossier

## ROLE DE L’ACTEUR DE SANTÉ DANS LE PROJET

### Implication de l’acteur de santé dans le projet

*- Apports de l’acteur de santé dans le projet.*

*- Lots sur lesquels il intervient*

### Résultats escomptés du projet pour l’acteur de santé

*=> Impact(s) du projet sur la structure :* *acquis technologiques ou scientifiques, changements organisationnels, de processus de prise en charge, gain d’efficience…*

### Livrables attendus suite à la réalisation du projet

|  |
| --- |
| *Nature des livrables du projet et dates prévisionnelles de livraison* |
|  |

## PLAN DE FINANCEMENT DU PROJET

Coût total prévisionnel du projet pour l’acteur de santé :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€ [ ]  HT [ ]  TTC

Montant de l’aide sollicitée par la structure :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€ [ ]  HT [ ]  TTC

### Les dépenses prévisionnelles

Les dépenses prévisionnelles devront être renseignées dans le document **« Plan de financement »** détaillant les dépenses prévisionnelles poste par poste. Le montant de chaque poste de dépenses est reporté automatiquement sur l’état récapitulatif des dépenses.

### Les ressources

Autre(s) financement(s) public(s) sollicité(s) sur le projet ? [ ] oui [ ]  non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Le service instructeur vérifiera l’existence de cofinancements publics ou privés présentés dans le cadre du projet sur la base des attestations de financement des co-financeurs. Au plus tard au moment du paiement final de la subvention, les actes attributifs et justificatifs de versements des cofinancements devront être transmis au service gestionnaire.*

**LES AIDES OBTENUES AU COURS DES 3 DERNIERES ANNEES AU MOMENT DU DEPOT EN LIEN AVEC LE PROJET :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Financeur** | **Dénomination et objet de l’aide** | **Montant de l’aide par année[[1]](#footnote-1)** | **Total financeur** |
|  |  | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL DES AIDES PUBLIQUES OBTENUES PAR EXERCICE FISCAL** |  |  |  |  |

## ATTESTATION DE L’ACTEUR DE SANTÉ

Je soussigné(e),      , en qualité de signataire et représentant légal (ou signataire avec délégation du représentant légal), sollicite un financement destiné à la réalisation du projet intitulé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

J'atteste sur l'honneur :

* L’exactitude des renseignements de la demande de financement,
* Que le projet n’a pas commencé et aucun engagement juridique n’a été pris avant la date de dépôt du dossier de demande.
* Que le projet objet de la demande n’est pas achevé au moment du dépôt de la demande d’aide
* Ne pas avoir sollicité d’autres ressources publiques (y compris des fonds européens) et privées que celles présentées dans le plan de financement pour financer le projet objet de la demande
* Etre en mesure de justifier que le personnel mobilisé sur le projet présenté n’est pas valorisé à plus de 100% de son temps de travail sur l’ensemble des projets de la structure faisant l’objet d’un financement public

Fait à      , le

Cachet et signature de l’acteur de santé (représentant légal ou délégué)

Fonction du signataire :

# FICHE ENTREPRISE

**Chaque entreprise qu’elle soit porteur ou partenaire du projet d’innovation doit compléter une fiche « entreprise ».**

[ ]  **Vous êtes le porteur « Entreprise » principal du projet**

[ ]  **Vous êtes un porteur « Entreprise » partenaire du projet**

## ELEMENTS ADMINISTRATIFS

Raison sociale de l’entreprise : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code postal : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Commune : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Statut juridique : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de création : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Effectifs salariés actuels : salariés dont CDI

Représentant légal (nom / prénom) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coordonnées : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personne en charge du suivi du projet : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| ; |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

 Fixe Mobile

Adresse électronique : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° SIRET (ou SIREN le cas échéant) : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

N°RNA (si association) : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Code NAF et activité de l’entreprise : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° de déclaration d’activité (organisme de formation) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Régime TVA :

[ ]  Assujetti [ ] Non assujetti [ ]  Partiellement assujetti au taux de \_\_\_\_\_\_ %

## ELEMENTS FINANCIERS

Capital de la société : K €

Chiffre d’affaires : K €

Bilan annuel : K €

L’entreprise appartient-elle à un groupe ? [ ]  oui [ ]  Non

Effectif consolidé (si groupe) : salariés

* Actionnariat

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **% du capital** | **Nom de l’actionnaire** | **Personne physique ou morale** | **Effectif, ETP (si personne morale)** | **Chiffre d’affaire** | **Total bilan** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* Filiales et participations

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **% de détention du capital**  | **Nom de la société** | **ETP** |
|  |  |  |
|  |  |  |

## PRESENTATION DE L’ENTREPRISE

### Présentation générale de l’entreprise

*=> Description de l’activité*

*=> Description des produits/services*

*=> Principaux clients*

*=> Moyens humains et techniques*

*=> Implantation(s) géographique(s) : principaux sites, répartition des activités et des effectifs par site*

*=> Concurrence*

### Axes stratégiques de développement

*- Stratégie de développement de l’entreprise.*

*- Les forces/faiblesses/opportunités/menaces.*

*- Place du projet au sein de cette stratégie.*

## ROLE DE L’ENTREPRISE DANS LE PROJET

### Implication de l’entreprise dans le projet

*- Apports de l’entreprise dans le projet.*

*- Lots sur lesquels elle intervient*

### Résultats escomptés du projet pour l’entreprise

*=> Impact(s) du projet sur la structure :* *acquis technologiques ou scientifiques, positionnement sur un marché, …*

=> *Retombées économiques :* *modèle économique envisagé, évolution du CA et prévisionnel, emplois directs créés ou induits …*

### Moyens mobilisés par l’entreprise pour le projet

|  |
| --- |
| => Moyens humains ETP => Moyens matériels, immatériels  |

## PLAN DE FINANCEMENT DU PROJET

Coût total prévisionnel du projet pour l’entreprise : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€ HT

Montant de l’aide sollicitée par l’entreprise: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€ HT

Nature de l’aide sollicitée : 🞏 subvention 🞏 avance remboursable

### Les dépenses prévisionnelles

Les dépenses prévisionnelles seront renseignées dans le document **« Plan de financement »** détaillant les dépenses prévisionnelles poste par poste. Le montant de chaque poste de dépenses est reporté automatiquement sur l’état récapitulatif des dépenses.

**Pour vérifier l’éligibilité des dépenses envisagées, reportez-vous à la notice « Procédure de montage » accessible à l’adresse :**

[**https://www.laregion.fr/IMG/pdf/procedure\_de\_montage\_dossier\_octobre\_2019.pdf**](https://www.laregion.fr/IMG/pdf/procedure_de_montage_dossier_octobre_2019.pdf) **.**

**Nous vous encourageons également à faire appel à l’agence Ad’Occ qui peut vous accompagner sur l’ensemble des procédures de montage de votre projet.**

### Les ressources

Autre(s) financement(s) public(s) sollicité(s) sur le projet ? [ ] oui [ ]  non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Le service instructeur vérifiera l’existence de cofinancements publics ou privés présentés dans le cadre du projet sur la base des attestations de financement des co-financeurs. Au plus tard au moment du paiement final de la subvention, les actes attributifs et justificatifs de versements des cofinancements devront être transmis au service gestionnaire.*

### Les aides obtenues au cours des 3 dernières années au moment du dépôt :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Financeur** | **Dénomination et objet de l’aide** | **Montant de l’aide par année[[2]](#footnote-2)** | **Total financeur** |
|  |  | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL DES AIDES PUBLIQUES OBTENUES PAR EXERCICE FISCAL** |  |  |  |  |

## ATTESTATION DE L’ENTREPRISE

Je soussigné(e)      , en qualité de signataire et représentant légal (ou signataire avec délégation du représentant légal), sollicite une aide destinée à la réalisation du projet intitulé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

J'atteste sur l'honneur :

* L’exactitude des renseignements de la demande d’aide ;
* La régularité de la situation fiscale et sociale de l’organisme que je représente ;
* La conformité de l’organisme que je représente avec les exigences réglementaires notamment en matière d’environnement, d’accessibilité, de droit du travail, d’égalité professionnelle[[3]](#footnote-3) et d’emploi en faveur des travailleurs handicapés[[4]](#footnote-4) et d’accessibilité ;
* Que le projet n’a pas commencé et qu’aucun engagement juridique n’a été pris avant la date de dépôt du dossier de demande ;
* Que le projet objet de la demande n’est pas achevé au moment du dépôt de la demande d’aide ;
* Ne pas avoir sollicité d’autres ressources publiques (y compris d’autres fonds européens) et privées que celles présentées dans le plan de financement pour financer le projet objet de la demande ;
* Etre en mesure de justifier que le personnel mobilisé sur le projet présenté n’est pas valorisé à plus de 100% de son temps de travail sur l’ensemble des projets de la structure faisant l’objet d’un financement public ;
* Ne pas faire l’objet d’une procédure collective (ex : redressement judiciaire ou procédure de sauvegarde) liée à des difficultés économiques, et ne pas être considéré comme une entreprise en difficulté au regard de la réglementation européenne des aides publiques.

Fait à      , le

Cachet et signature de l’entreprise (représentant légal ou délégué)

Fonction du signataire :

# FICHE LABORATOIRE

**Chaque laboratoire, partenaire du projet d’innovation, doit compléter la « fiche laboratoire ».**

## ELEMENTS ADMINISTRATIFS

Porteur du projet (organisme) et raison sociale (le cas échéant) :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Représentant légal (nom, prénom, coordonnées) et fonction :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contact (Personne en charge du suivi du projet) et fonction :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| ; |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

 Fixe Mobile

Adresse électronique : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° SIRET (ou SIREN le cas échéant) : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

N° RNA si le porteur de projet est une association :

 |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Nature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Statut juridique : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Exemples : collectivité territoriale, SA, SARL, EURL, SAS, Entreprise individuelle, GIP, association loi 1901, établissement public administratif, etc.

Adresse :

N° et Libellé de la voie :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code postal : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Commune : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Régime TVA :

[ ]  Assujetti [ ] Non assujetti [ ]  Partiellement assujetti au taux de \_\_\_\_\_\_ %

## PRESENTATION DU LABORATOIRE

### Contexte

|  |
| --- |
| *Présentation générale du laboratoire, du projet et le cas échéant complémentarité avec d'autres projets connus sur le même territoire, inscription de l'opération dans le cadre d'un programme plus global ou dans le cadre d'un autre appel à projets* |

### Objectifs recherchés par le laboratoire

|  |
| --- |
|  |

### Résultats escomptés

|  |
| --- |
| *- Cible visée.**- Impact(s) du projet sur la structure, sur le territoire...* |

### Principales actions présentées

|  |
| --- |
|  |

### Liste des publications des 3 dernières années en lien avec le projet déposé

|  |
| --- |
|  |

### Dynamique du partenariat

*- Comment se sont noués les contacts entre les partenaires ?*

*- Quelles sont les relations entre les laboratoires publics impliqués ? Actuelles et Futures ?*

*(1500 caractères maximum soit environ 20 lignes) ?*

*- Quelles sont les relations entre les laboratoires publics et les entreprises ? Actuelles et Futures ? (1500 caractères maximum soit environ 20 lignes) ?*

### Moyens mis en œuvre par le laboratoire pour le projet

Ces moyens permettent au service instructeur d’apprécier votre capacité à coordonnées, piloter, suivre et mener à bien le projet dans les délais prévus :

Moyens humains affectés à l’opération : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_personnes

|  |  |
| --- | --- |
| Fonction des personnes affectées au projet | Temps prévisionnel consacré (part d’affectation au projet) (préciser l’unité : ex : jours, heures…) |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |

=> Autres moyens utilisés pour les besoins du projet (moyens matériels, immatériels…)

=> Moyens administratifs de suivi du dossier

### Livrables attendus suite à la réalisation du projet

|  |
| --- |
| *- Nature des livrables du projet.**- Dates prévisionnelles de livraison.* |
|  |

## PLAN DE FINANCEMENT DU PROJET

Coût total prévisionnel du projet pour le laboratoire :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€ [ ]  HT [ ]  TTC

Montant de l’aide sollicitée par le laboratoire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€ [ ]  HT [ ]  TTC

Nature de l’aide sollicitée : 🞏 subvention 🞏 avance remboursable

### Les dépenses prévisionnelles

Les dépenses prévisionnelles seront renseignées dans le document **« Plan de financement »** détaillant les dépenses prévisionnelles poste par poste. Le montant de chaque poste de dépenses est reporté automatiquement sur l’état récapitulatif des dépenses.

**Pour vérifier l’éligibilité des dépenses envisagées, reportez-vous à la notice « Procédure de montage » accessible à l’adresse :**

[**https://www.laregion.fr/IMG/pdf/procedure\_de\_montage\_dossier\_octobre\_2019.pdf**](https://www.laregion.fr/IMG/pdf/procedure_de_montage_dossier_octobre_2019.pdf) **.**

**Nous vous encourageons également à faire appel à l’agence Ad’Occ qui peut vous accompagner sur l’ensemble des procédures de montage de votre projet.**

### Les ressources

Autre(s) financement(s) public(s) sollicité(s) sur le projet ? [ ] oui [ ]  non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Le service instructeur vérifiera l’existence de cofinancements publics ou privés présentés dans le cadre du projet sur la base des attestations de financement des co-financeurs. Au plus tard au moment du paiement final de la subvention, les actes attributifs et justificatifs de versements des cofinancements devront être transmis au service gestionnaire.*

**LES AIDES OBTENUES AU COURS DES 3 DERNIERES ANNEES AU MOMENT DU DEPOT EN LIEN AVEC LE PROJET :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Financeur** | **Dénomination et objet de l’aide** | **Montant de l’aide par année[[5]](#footnote-5)** | **Total financeur** |
|  |  | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL DES AIDES PUBLIQUES OBTENUES PAR EXERCICE FISCAL** |  |  |  |  |

## ATTESTATION DU LABORATOIRE

Je soussigné(e)      , en qualité de signataire et représentant légal (ou signataire avec délégation du représentant légal), sollicite une aide destinée à la réalisation du projet intitulé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

J'atteste sur l'honneur :

* L’exactitude des renseignements de la demande d’aide ;
* La régularité de la situation fiscale et sociale ;
* La conformité de l’organisme que je représente avec les exigences réglementaires notamment en matière d’environnement, d’accessibilité, de droit du travail, d’égalité professionnelle[[6]](#footnote-6) et d’emploi en faveur des travailleurs handicapés[[7]](#footnote-7) et d’accessibilité ;
* Que le projet n’a pas commencé et aucun engagement juridique n’a été pris avant la date de dépôt du dossier de demande ;
* Que le projet objet de la demande n’est pas achevé au moment du dépôt de la demande d’aide ;
* Ne pas avoir sollicité d’autres ressources publiques (y compris des fonds européens) et privées que celles présentées dans le plan de financement pour financer le projet objet de la demande ;
* Etre en mesure de justifier que le personnel mobilisé sur le projet présenté n’est pas valorisé à plus de 100% de son temps de travail sur l’ensemble des projets de la structure faisant l’objet d’un financement public ;
* Ne pas faire l’objet d’une procédure collective (ex : redressement judiciaire ou procédure de sauvegarde) liée à des difficultés économiques, et ne pas être considéré comme une entreprise en difficulté au regard de la réglementation européenne des aides publiques.

Fait à      , le

Cachet et signature du laboratoire (représentant légal ou délégué)

Fonction du signataire :

1. L’aide est considérée comme octroyée à compter de la date de la notification de son obtention au bénéficiaire. [↑](#footnote-ref-1)
2. L’aide est considérée comme octroyée à compter de la date de la notification de son obtention au bénéficiaire. [↑](#footnote-ref-2)
3. A savoir : Pour les entreprises, d’après le décret n°2012-1408 du 18 décembre 2012 et l’article 6 de la loi n°2012-1189 du 26 octobre 2012, les entreprises de 50 salarié(e)s et plus ont l’obligation d’élaborer un plan d’actions répondant à des critères très précisément définis. Bien que non soumises aux obligations légales ci-dessus, les entreprises de moins de 50 salarié-e-s doivent « prendre en compte les objectifs en matière d’égalité » (article L.2323-57 du Code du Travail). Information disponible sur [www.egapro.fr](http://www.egapro.fr) [↑](#footnote-ref-3)
4. L’obligation d’emploi en faveur de personnes travailleuses handicapées concerne tout employeur du secteur privé et tout établissement public à caractère industriel et commercial occupant au moins 20 salariés, dans une proportion de 6% de son effectif global. Elle s’applique aussi à la fonction publique (Art L.32361 du Code du Travail).

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sur l’accessibilité des bâtiments recevant du public [↑](#footnote-ref-4)
5. L’aide est considérée comme octroyée à compter de la date de la notification de son obtention au bénéficiaire. [↑](#footnote-ref-5)
6. A savoir : Pour les entreprises, d’après le décret n°2012-1408 du 18 décembre 2012 et l’article 6 de la loi n°2012-1189 du 26 octobre 2012, les entreprises de 50 salarié(e)s et plus ont l’obligation d’élaborer un plan d’actions répondant à des critères très précisément définis. Bien que non soumises aux obligations légales ci-dessus, les entreprises de moins de 50 salarié-e-s doivent « prendre en compte les objectifs en matière d’égalité » (article L.2323-57 du Code du Travail). Information disponible sur [www.egapro.fr](http://www.egapro.fr)

Pour les collectivités, d’après le protocole d’accord du 8 mars 2013 (circulaire du 8 juillet 1315966C qui précise les 15 mesures du protocole d’accord destiné à assurer une égalité effective entre les femmes et les hommes), afin de faire progresser l’égalité professionnelle, il appartient aux employeurs territoriaux d’élaborer un rapport de situation comparée des conditions générales d’emploi et de formation des femmes et des hommes, partie intégrante du bilan social. [↑](#footnote-ref-6)
7. L’obligation d’emploi en faveur de personnes travailleuses handicapées concerne tout employeur du secteur privé et tout établissement public à caractère industriel et commercial occupant au moins 20 salariés, dans une proportion de 6% de son effectif global. Elle s’applique aussi à la fonction publique (Art L.32361 du Code du Travail).

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sur l’accessibilité des bâtiments recevant du public [↑](#footnote-ref-7)