|  |  |
| --- | --- |
| Acronyme (7 caractères) |  |
| Laboratoire/Pôle thématique |  |
| Intitulé du Projet |  |

**Parties prenantes**

**Porteur de projet :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Prénom NOM |  | Téléphone |  |
| Statut |  | Adresse électronique |  |

**Gestionnaire financier :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Prénom NOM |  | Téléphone |  |

**Période de réalisation**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date de début du projet estimée |  | Durée |  |

**Données budgétaires**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | Investissement HT | Fonctionnement HT | | Budget total du projet |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | Collectivité sollicitée | Montant de l’aide sollicitée en investissement HT | Montant de l’aide sollicitée en fonctionnement HT | | TPM |  |  | | CD 83 |  |  | | APRI |  |  | |  |

**Instruction - Validation**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Classement du projet en conseil de laboratoire |  | sur |  | projets |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Label Pôle thématique (facultatif) | 🞎 ESMed 🞎 MEDD 🞎 INP |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Signature du porteur de projet | Signature du directeur du laboratoire | Signature responsable Pôle thématique |
|  |  |  |
| Date : | Date : | Date : |

**Partenaires**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Statut Juridique*** | ***Dénomination*** | ***Situation Géographique*** | ***Préciser le partenariat*** |
|  |  |  |  |

**Objectifs et résumé**

**Calendrier**

*Étapes principales*

**Résultats attendus, rayonnement, ancrage territorial, transversalité**

**Listes des annexes**

*Répertorier ici les documents à rattacher au formulaire (devis, annexe scientifique, lettre de soutien …)*

**Plan de financement**

**Fonctionnement**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DÉPENSES H.T.** | | **RECETTES H.T.** | |
| *Désignation* | *Montant* | *Désignation* | *Montant* |
|  |  | Subvention CD83 |  |
|  |  | Subvention TPM |  |
|  |  | APRI |  |
|  |  | Pôle Thématique  ***préciser :*** |  |
|  |  | Laboratoire |  |
|  |  | Autres Subventions Publiques ***préciser :*** |  |
|  |  | Autres Recettes  ***Préciser :*** |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Total** |  | **Total** |  |

Modalités

* 20 % doivent être apportés en ressources propres
* Eviter les demandes de financement croisées (c’est-à-dire à destination de plusieurs collectivités)
* Eviter les demandes en fonctionnement et en investissement
* Joindre le(s) devis relatif(s) aux dépenses
* *Les dépenses de fonctionnement regroupent les achats de biens dont le montant est inférieur au seuil d’immobilisation applicable à l’organisme (UTLN 800€ HT) ou dont la durée d’utilisation n’excède pas une année, (les prestations de services externes et de location, les missions, les consommables et les stages)*

**Plan de financement**

**Investissement**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DÉPENSES H.T.** | | **RECETTES H.T.** | |
| *Désignation* | *Montant* | *Désignation* | *Montant* |
|  |  | Subvention CD83 |  |
|  |  | Subvention TPM |  |
|  |  | APRI |  |
|  |  | Pôle Thématique  ***préciser :*** |  |
|  |  | Laboratoire |  |
|  |  | Autres Subventions Publiques ***préciser :*** |  |
|  |  | Autres Recettes  ***Préciser :*** |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Total** |  | **Total** |  |

Modalités

* 20 % doivent être apportés en ressources propres
* Eviter les demandes de financement croisées (c’est-à-dire à destination de plusieurs collectivités)
* Eviter les demandes en fonctionnement et en investissement
* Joindre le(s) devis relatif(s) aux dépenses
* *Les dépenses d’investissement doivent respecter les principes fondamentaux de la commande publique ; se rapprocher de votre gestionnaire de laboratoire.*