DOSSIER DE CANDIDATURE

ONCO-RÉHABILITATION

Soutien à expérimentations 2019

Rappel calendrier

Soumission des projets au plus tard le **31 août 2019**

Notification aux projets sélectionnés avant le **01 octobre 2019**

Convention de financement signée en **octobre 2019** pour une durée de 2 ans[[1]](#footnote-1)

Attention : aucun dossier ne sera TRAIté si INCOMPLET, NOTAMMENT SI :

- La signature du représentant de la structure porteuse du projet est manquante (page 4) (Accord de la structure porteuse)

- Le budget global et le financement souhaité sur chacune des 2 années ne sont pas clairement explicités (page 6 et 7)

Les dossiers de candidatures doivent nous être retournés par mail à

[*reseau@onco-aura.fr*](file:///C:\Users\leguienne\Desktop\reseau@onco-aura.fr)

au plus tard le **31 août 2019** inclus

ou

par voie postale à l’adresse (cachet de la poste faisant foi) :

*ONCO AURA*

*RÉSEAU RÉGIONAL DE CANCÉROLOGIE*

*BIOPARC/ADENINE*

*60 avenue Rockefeller*

*69373 LYON Cedex 08*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Intitulé du projet** | |  |
| **Public visé (patients, proches, professionnels)** | |  |
| **Territoire couvert** | |  |
| **Nom de l'organisme porteur** | |  |
| **Responsable projet**  **(Joindre CV)** | **Civilité** |  |
| **Prénom** |  |
| **Nom** |  |
| **Fonction** |  |
| **Coordonnées**  **(pour correspondance et contact concernant le projet)** | **Adresse** |  |
| **BP** |  |
| **Code postal Ville** |  |
| **Tél** |  |
| **Fax** |  |
| **Mail** |  |
| **Financement prévisionnel du projet**  **(cf tableau détaillé page 6)** | **Budget total du projet** |  |
| **Montant Total de la subvention**  **Demandée** |  |
| **Montant Total des financements complémentaires et origine** |  |

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

### *Organisme porteur principal du projet*

*Attention, l’organisme porteur du projet doit être une structure adhérente au Réseau Régional de Cancérologie ou en lien avec une telle structure adhérente (au sein du 3C, Convention de Coopération, …)*

**NOM :**

**STATUT JURIDIQUE :**

**ADRESSE :**

**NUMÉRO FINESS OU SIREN :**

**NOM ET TITRE DU RESPONSABLE LÉGAL**(président/directeur) :

**SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL DE LA STRUCTURE PORTEUSE** (mention obligatoire) :

### *Si un (d') autre(s) organisation(s) est (sont) associé(s) au projet :*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ORGANISATION 1** | **ORGANISATION 2** | **ORGANISATION 3** |
| **NOM**  **STATUT** |  |  |  |
| **ADRESSE DE L’ORGANISME** |  |  |  |
| **NOM DU RESPONSABLE PROJET** |  |  |  |
| **ACTIVITE PROFESSIONNELLE DU RESPONSABLE DU PROJET** |  |  |  |

PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DU PROJET

Résumé obligatoire (maximum 20 lignes). Ce résumé sera mis en ligne sur le site internet du RRC AURA si le projet est retenu.

**Objectifs du projet :**

Justification scientifique (médicale, épidémiologique, santé publique…)

**Public(s) visé(s)** : *(patients, proches, professionnels,…)*

**Description de l’intervention** **et organisation** :

Résultats attendus

**Modalités de suivi / d’évaluation des résultats/ Indicateurs :**

A 1 an :

A 2 ans :

Budget et financement prÉvisionnel du projet

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **BUDGET PRÉVISIONNEL DE L'ACTION (MENTIONS OBLIGATOIRES SUR TOUTES LES ZONES)** | **MONTANT € ANNÉE 1** | **MONTANT € ANNÉE 2** |
| **DÉPENSES** | **CHARGES DE FONCTIONNEMENT** (affranchissement, téléphone, transports, missions, locations, publication …) |  |  |
|  |  |  |
| **CHARGES DE PERSONNEL (à détailler)** |  |  |
|  |  |  |
| **AUTRES DEPENSES (à détailler)** |  |  |
|  |  |  |
| **BUDGET PAR ANNÉE DU PROJET** |  |  |
| **BUDGET TOTAL DU PROJET** |  | |
|  |  |  |  |
| **RECETTES** | **MONTANT ANNUEL DE LA SUBVENSION DEMANDEE**  **dans le cadre de ce projet** |  |  |
| **MONTANT TOTAL DE LA SUBVENTION DEMANDEE dans le cadre de ce projet** |  | |
| **FINANCEMENTS COMPLEMENTAIRES**  **(fond propre, autres appels à projet, … à renseigner)** |  |  |
| **BUDGET PAR ANNÉE DU PROJET** |  |  |
| **BUDGET TOTAL DU PROJET** |  | |

EXPOSÉ DU PROJET

**En 3 pages maximum**, la proposition de plan ci-dessous est donnée à titre indicatif et peut être éventuellement modifiée si non adaptée à votre projet.

TYPE D’ACTION

**Projet d’intervention** **innovante**

**Extension innovante d’un projet existant**. *Dans ce cas, il est impératif de joindre une description précise de l’intervention antérieure et ses résultats.*

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Préciser en 15 lignes en quoi cette intervention relève de l’innovation et concourir à l’amélioration de la prise en charge et le parcours de la personne malade

CONTENU/MÉTHODOLOGIES D’INTERVENTION

## Public visé (patient, proches, professionnels…)

## Structures et territoire d’intervention

## Méthode : modalités, outils, supports,…

## Facteurs clés de succès (compétences/expérience des porteurs de projet ; atout des partenariats…

## Pérennisation et/ou généralisation du projet ou de l’intervention (décrire les atouts et conditions autres que financières en faveur d’une pérennisation / généralisation)

MÉTHODOLOGIE D’ÉVALUATION

AUTRES COMPLÉMENTS D’INFORMATION

DOCUMENTS À JOINDRE

* CV court du responsable principal du projet,
* Tout document se rapportant au projet qui vous parait utile.

1. Une convention de financement sera signée entre l’organisme porteur de projet et le RRC ONCO AURA pour une durée d’un an renouvelable une fois par avenant, sous réserve de transmettre le rapport d’activité à 12 mois après la signature de la convention. La validation du rapport d’activité année 1 conditionne le financement pour la seconde année. [↑](#footnote-ref-1)