**APPEL À PROJETS FILSLAN 2024**

**Dossier de candidature**

**Les dossiers de candidature sont à envoyer à** [**filslan@chu-limoges.fr**](mailto:filslan@chu-limoges.fr) **avant le 15 mai 2024.**

(\*) champ obligatoire

Tout dossier incomplet sera jugé non-recevable

**Titre du projet\* :**

**Thématique du projet\*** *(une seule case à cocher)* :

Amélioration de la prise en charge des patients atteints de SLA ou d’une autre maladie du neurone moteur

Enseignement, formation et information (par exemple : **programme d’éducation thérapeutique ou rédaction de PNDS**)

**ADMINSITRATIF**

**Identification de la structure du porteur de projet\***

Centre de Référence Maladies Rares(CRMR)

Centre de Ressources et de Compétence Maladies Rares (CRC-MR)

Association de patient, partenaire FILSLAN

Réseau de soins

Laboratoire de recherche identifiés sur le thème des maladies du neurone moteur

Raison sociale :

Service :

Adresse :

Code postal : Commune :

Domaine d’activité :

Téléphone : Adresse mail :

**Identification de la structure recevant le financement (si différent de la structure initiale)**

Raison sociale :

Adresse :

N° d’identification (SIRET, SIREN, ou RNA) :

Code postal : Commune :

Domaine d’activité :

Téléphone : Adresse mail :

**Identification du porteur de projet\***

Nom :

Prénom :

En qualité de :

Téléphone : Adresse mail :

**DESCRIPTIF DU PROJET**

**Résumé en français\* (10 lignes environ)**

**Contexte du projet\***

**Objectifs du projet\***

**Descriptif exhaustif du projet\*** (2 pages maximum)

**Calendrier prévisionnel\*** (la durée maximale du projet devra être de 2 ans)

Etape 1 :

Etape 2 :

Etape 3 :

Etape 4 :

Etape 5 :

**Partenaires identifiés\***

**Public cible\*** (patients, personnels, familles)

**Indicateurs de suivi et d’évaluation\*** (quantitatifs et/ou qualitatifs, permettant de suivre les résultats et le succès du projet)

**Résultats attendus et perspectives d’évolution\***

**Outils de communication découlant du projet** (si applicable)

**Informations complémentaires éventuelles**

**Ressources existantes et déjà disponibles pour le projet\*** (Ressources d’information, de matériel, de personnel ou financements déjà obtenus)

**Ressources demandées pour la réalisation du projet\***

**Co-financement(s) éventuel(s)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Détails** | **Obtenu** | **Demandé** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ÉLÉMENTS BUDÉGTAIRES**

Merci de compléter ce tableau avec des chiffres précis et non des montants approximatifs. Si des devis sont déjà disponibles, merci de les joindre au dossier de candidature.

|  |  |
| --- | --- |
| **Descriptif des coûts** | **Montant** |
| **ACHATS** | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **PRESTATIONS** | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **AUTRES CHARGES** | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Coût total du projet (co-financement et fonds propres inclus)\* :**

**BIBLIOGRAPHIE**