

Association Internationale Espace Numérique Ouvert pour la Méditerranée e-Omed

APPEL A PROJET 2018

« Nouvelles stratégies numériques »

FORMULAIRE DE CANDIDATURE

Date limite de dépôt : 31 Mai 2018

A envoyer par mail aux adresses suivantes :

molka.belcadhi@eomed.org & catherine.barreau@eomed.org

1. Institution porteur du projet et responsable du projet

1.1 Établissement porteur du projet (l'établissement doit être membre d'e-Omed à jour de ses cotisations)

Nom de l'établissement :		Pays :	
Nom du Premier responsable :	Prénom :	Titre :	Fonction :
Faculté, Institut, département, centre de recherche, laboratoire, etc. (préciser) :			
Adresse postale :		Ville :	
Téléphone :		Site Internet :	

1.2 Responsable scientifique du projet

Nom :	Prénom :	Titre :	Fonction :
Téléphone :		Mail :	

2. Etablissements partenaires du projet

Au moins deux des établissements partenaires du projet doivent être membres d'e-Omed dont au moins un du Nord et un du Sud.

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 :	<input type="checkbox"/> 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 :	<input type="checkbox"/> 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 :		

3. Description du projet

3.1 Identification du projet

3.2 Communauté thématique

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 :

4. Financement du projet

4.1 Coût du projet

Coût global :	€	Subvention demandée à e-Omed :	€
		(Maximum 15 000 €)	
Autres contributions – préciser	Institution		Montant
			€
			€

4.2 Ventilation des dépenses relatives à la subvention demandée à e-Omed

Descriptif	Bénéficiaires	Montant
		€
		€
		€
		€
		€
		€
		€
		€
		€

5. Signature du responsable de Projet

Signature	Date
	jour mois année

6. 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.