|  |
| --- |
| Formulaire de demande de subvention  -  Equipement |

|  |
| --- |
| Les équipements seront financés par la Région Île-de-France **avec un taux d’intervention maximum de 66% des dépenses HT**. Un co-financement de 34% devra donc être justifié dans la demande de financement.  Le montant de la subvention allouée est un montant maximum qui sera ajusté lors du versement du solde si le montant des dépenses réelles (sur présentation des factures) est inférieur au budget prévisionnel.  Le formulaire de demande de subvention doit être envoyé par mail à l’adresse [dimTG@institutimagine.org](mailto:dimTG@institutimagine.org) avant la date limite de dépôt des dossiers fixée au **30 Avril 2019**. |

**Critères d’éligibilité spécifiques à une demande d’équipement(s) :**

* Le projet doit proposer une approche par thérapie génique portant sur l’un des 9 axes thématiques du DIM Thérapie Génique (voir ci-dessous les axes thématiques) ;
* L’équipe bénéficiaire de la subvention régionale doit être située en Île-de-France ;
* Pour les demandes de subventions **≥ 200 000 euros,** l’équipement doit obligatoirement être mutualisé, c’est-à-dire ouvert au moins aux équipes du DIM, et s’inscrire ainsi dans une logique de transversalité au sein de la région Ile-de-France ;
* Joindre obligatoirement au dossier une **lettre de co-financement signée par le représentant légal de l’organisme acquéreur** (modèle en annexe 1 - *autant de lettre que d’organismes acquéreurs*). Aucune lettre de co-financement signée par le directeur du laboratoire ne sera acceptée ;
* Joindre les devis à la demande de subvention ;
* **L’acquisition doit intervenir dans les 18 mois suivant la décision de financement (soit au plus tard le 31/12/2020)[[1]](#footnote-1) ;**
* Le dossier doit contenir une proposition de stage et un engagement de recrutement d’un stagiaire, durant la validité de la subvention régionale (modèle annexe 2). Veuillez noter que la lettre d’engagement doit être signée par le représentant légal de l’organisme d’accueil du stagiaire et non par le directeur du laboratoire d’accueil ;
* Le projet soumis ne doit pas avoir fait l’objet d’une demande/d’un soutien dans le cadre d’un autre DIM ou du dispositif SESAME, du programme du Genopole ou d’un projet collaboratif d’un pôle de compétitivité.

Joindre impérativement au dossier :

* Les devis des équipements ;
* Une proposition de stage et la lettre d’engagement d’un stagiaire signée par le représentant légal de l’organisme d’accueil.
* La lettre de co-financement signée par le représentant légal de l’organisme acquéreur *(autant de lettre que d’organismes acquéreurs).*

Coûts Eligibles :

A noter, aucun frais de gestion ne pourra être prélevé sur le montant alloué pour l’acquisition des équipements par les établissements gestionnaires et/ou bénéficiaires et/ou co-financeurs de cette subvention.

1. Le projet

|  |  |
| --- | --- |
| **Axe thématique du DIM Thérapie génique – plusieurs axes peuvent être choisis** | |
|  | Audition |
|  | Drépanocytose |
|  | Maladies métaboliques et mitochondriales |
|  | Maladies neuro-dégénératives |
|  | Peau |
|  | Rein |
|  | Tolérance et Immunité |
|  | VIH |
|  | Vision |
|  | Autre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **Titre du projet** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Acronyme** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Mots clés associés au projet** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Le projet a également fait l’objet d’une demande de subvention de fonctionnement, déposée en avril 2019 ?** (Si oui, le nom du projet doit être commun aux deux demandes de subvention).

|  |  |
| --- | --- |
|  | Oui |
|  | Non |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification du porteur et des bénéficiaires potentiels de(s) équipement(s)** (ajouter autant de lignes que nécessaire) | | | | | | | | |
|  | **Nom du laboratoire** | **Tutelles** | **Adresse Postale** | **Prénom** | **Nom** | **Titre** | **Courriel** | **Téléphone** |
| **Porteur** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bénéficiaire 1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bénéficiaire 2** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Résumé grand public du projet SCIENTIFIQUE qui sera publié sur le site internet du DIM thérapie génique** (**10 lignes maximum** en précisant le besoin médical et l’impact du projet) |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **Description du projet d’investissement (2 pages maximum)**   1. Justifiez notamment le besoin et le type de questions qui pourront être traitées grâce à cet(s) équipement(s) ; 2. Précisez les aspects structurants, fédérateurs et innovants, notamment pour la communauté de recherche francilienne ; 3. Décrivez le projet par rapport à l’existant (national, européen et international) |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **Plan de travail (max 2 page)**  Présentez le plan de travail du projet par lots de travail (Work Packages), tâches et jalons (milestones).  Pour chaque WP et chaque tâche, prévoyez une date de début et une date de fin. Pour chaque jalon, une date prévisionnelle de réalisation doit être précisée. (Pour chaque jalon réalisé, il faudra envoyer un mail à [dimTG@institutimagine.org](mailto:dimTG@institutimagine.org) pour tenir informé l’équipe Coordination de l’avancement du projet). |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Avancement du plan de travail**  Veuillez compléter le tableau suivant en présentant les WP, les tâches et les dates prévisionnelles d’avancement (le tableau peut être modifié à votre convenance en fonction du nombre de WP, de tâches et de milestones). | | | | | | | |
| Work Package | Tâches | Mois  0-6 | Mois  7-12 | Mois  13-18 | Mois  19-24 | Mois  24-30 | Mois  30-36 |
| WP 1 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  |  |  |  |  |  |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  |  |  |  |  |  |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  |  |  |  |  |  |
| WP 2 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  |  |  |  |  |  |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  |  |  |  |  |  |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  |  |  |  |  |  |
| WP 3 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  |  |  |  |  |  |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  |  |  |  |  |  |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Impact (max ½ page)**  Précisez quels sont les impacts (médicaux, sociétaux et économiques).  Décrivez les livrables et la stratégie de valorisation associée. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Intitulé de l’équipement** (Autant de ligne que d’équipement(s)) | **Localisation de l’équipement** | **Nom de l’organisme** **acquéreur** | **Nom et Prénom du/des gestionnaire(s) de l’organisme acquéreur** | **Intitulé du poste du/des gestionnaire(s) de l’organisme acquéreur** | **Email du/des gestionnaire(s)** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Equipement** (Autant de ligne que d’équipement(s)) | **Cout HT (€)** | **Montant du co-financement**  **(€)** (correspond à 34 % minimum du montant de l’équipement) | **Montant demandé à la région Ile-de-France (€)** (maximum 66 % du montant de l’équipement) | **Date prévisionnelle d’acquisition des équipement(s)** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |

1. Accueil d’un stagiaire

Conformément aux attentes de la Région Île-de-France, il est demandé que chaque bénéficiaire d’une subvention régionale s’engage à recruter au moins 1 stagiaire pour une durée minimale de 2 mois. Le recrutement des stagiaires, preuves justificatives à l’appui (convention de stage signée) conditionne le versement du solde de la subvention.

L’offre (les offres) de stage doit être postée par l’Institut *Imagine* sur la [Plateforme d’Aide Régionale](https://cas.iledefrance.fr/cas-serveur/login?service=http%3A%2F%2Fpar.iledefrance.fr%2Firis%2Fj_spring_cas_security_check) (PAR), plateforme dédiée de la Région Île-de-France.

Une gratification sera versée au stagiaire par sa structure d’accueil et selon les règles en vigueur. Une compensation partielle par l’Institut *Imagine* pourra être versée à la structure d’accueil par l’Institut Imagine :

* si le sujet du stage s’inscrit dans le cadre d’un projet du DIM Thérapie Génique
* dans la limite des crédits disponibles

Le recrutement des stagiaires doit intervenir avant le **31 décembre 2020**.

|  |  |
| --- | --- |
| **Proposition de stage** | |
| Structure d’accueil du stagiaire | *La structure d’accueil doit obligatoirement être l’un des organismes acquéreurs* |
| Adresse mail à laquelle envoyer la candidature (cette adresse email ne sera pas publiée) | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Descriptif de la mission | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Descriptif du profil recherché | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Durée du stage | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Niveau de qualification requis | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Stage rémunéré | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Date prévisionnelle de démarrage | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Annexe 1 : Lettre d’engagement de co-financement**

*[Date]*

***Objet :*** ***Lettre d'engagement de co-financement d’un équipement acquis dans le cadre du DIM Thérapie Génique.***

[*Ceci est un modèle de lettre d’engagement. La lettre doit être imprimée sur papier à en-tête de l'organisme co-financeur et signée par son représentant légal*]

Je soussigné, [*nom du représentant légal de l’ORGANISME CO-FINANCEUR* [*fonction*], atteste par la présente que *[nom de l’organisme co-financeur*] contribuera à l’acquisition d’équipement(s) dans le cadre du DIM thérapie génique, à hauteur de 34% minimum du montant total d’acquisition. Le montant total d’acquisition est estimé à [*prix HT*], sous réserve d’actualisation des devis au jour lors de l’acquisition des équipements.

Je reconnais que la contribution du DIM Thérapie Génique à l’acquisition des équipements s’élèvera à [*montant du soutien DIM*] maximum.

L’acquisition des équipements aura lieu avant le 31/12/2020.

L’équipe de recherche concernée par ce financement est l’équipe *[nom de l’équipe de recherche, adresse*], sous la direction de [*nom du directeur de l’équipe de recherche*] pour la réalisation du projet [*nom du projet*].

Signature du représentant légal

**Annexe 2 : Lettre d’engagement de recrutement d’un stagiaire**

*[Date]*

***Objet :*** ***Lettre d'engagement de recrutement d’un stagiaire***

[*Ceci est un modèle de lettre d’engagement. La lettre doit être imprimée sur papier à en-tête de l'organisme bénéficiaire et signée par son représentant légal*]

Je soussigné, [*nom du représentant légal de l’organisme d’accueil du stagiaire*], [*fonction*], atteste par la présente que *[nom de l’organisme d’accueil*] recrutera et accueillera 1 stagiaire pour une durée de 2 mois minimum, si le projet *[nom du projet]* est retenu pour financement dans le cadre d’une subvention DIM Thérapie Génique.

L’offre de stage, transmise lors de la demande de financement, sera publiée par l’Institut Imagine sur la Plateforme d’Aide Régionale et la convention signée (une fois l’offre pourvue) sera transmise à l’Institut Imagine.

Le recrutement devra avoir lieu avant le 31 décembre 2020.

Je reconnais que cette obligation découle des conventions de financement relatives au programme annuel du DIM Thérapie Génique.

Signature du représentant légal

|  |
| --- |
| Procédure d’attribution des subventions du DIM Thérapie Génique |

Après avoir déposé votre dossier de demande de subvention, la procédure d’attribution des subventions est la même pour les deux types de subvention, que ce soit en investissement ou en fonctionnement.

* **Mai** **Réunion du Comité Scientifique du DIM Thérapie Génique**

Le comité scientifique émet son avis sur les projets présentés au cours de l’appel à projet. Il est composé de tous les responsables des sous-comités thématiques (ou porteurs d’axes) et de la coordinatrice scientifique du DIM le Pr Marina Cavazzana. Participe également à ce comité, la Région Île-de-France, en tant que financeur, et l’Institut *Imagine*, en tant qu’organisme gestionnaire du DIM.

* **Juin**  **Réunion du Comité de Pilotage du DIM Thérapie Génique**

Le comité de Pilotage est l’instance décisionnelle et entérine les propositions de financement émises par le comité scientifique. Il est composé d’un représentant de l’Inserm, de l’université Paris Descartes, de l’université Paris Diderot et de l’AP-HP. Le pôle de compétitivité MEDICEN siège également, ainsi que la Région Île-de-France, en tant que financeur, et l’Institut *Imagine*, en tant qu’organisme gestionnaire du DIM.

* **Juillet**  **Notification de décision attributive**

Une notification officielle de décision attributive d’aide à votre projet vous sera envoyée par mail. Le représentant légal de la structure bénéficiaire, vos référents administratifs et le(s) référent(s) du service juridique en seront également informés. Vous pouvez engager des dépenses relatives à votre projet dès réception de la notification. De même, le recrutement des salariés peut être effectif dès réception de la notification (pour déclencher le processus de recrutement, veuillez envoyer CV + fiche de poste au chef de projet DIM, Aurélie Laubier [aurelie.laubier@institutimagine.org](mailto:aurelie.laubier@institutimagine.org)).

* **Septembre** **Appel de fonds auprès de la Région**

L’Institut *Imagine*, en tant qu’organisme gestionnaire du DIM Thérapie Génique, déclenche les appels de fonds dès le mois de Septembre auprès de la Région Ile-de-France. Après réception de la subvention régionale, l’Institut *Imagine* reverse la subvention aux différents organismes bénéficiaires par l’intermédiaire d’une convention de reversement.

* **Octobre** **Etablissement de la convention de reversement**

La convention de reversement est établie entre l’Institut *Imagine* et la structure bénéficiaire de la subvention portant le projet soutenu. La convention de reversement permet de mettre en place les modalités de reversement de la subvention, avec notamment un calendrier des versements et les obligations de chacune des parties prenantes. Pour les acomptes, le reversement de la subvention est conditionné à la soumission, par le bénéficiaire, d’un état récapitulatif des dépenses réalisées.

**Rappel**: les offres de stages doivent être publiés à minima sur la [Plateforme d’Aide Régionale](https://cas.iledefrance.fr/cas-serveur/login?service=http%3A%2F%2Fpar.iledefrance.fr%2Firis%2Fj_spring_cas_security_check). Merci d’envoyer vos offres de stages à Aurélie Laubier [aurelie.laubier@institutimagine.org](mailto:aurelie.laubier@institutimagine.org)

1. L’objectif de cette mesure est de diminuer les écarts dans le calendrier d’achat des partenaires. La convention de financement est une « convention solidaire » : les bénéficiaires ne peuvent présenter le solde à la Région, qu’une fois que tous les bénéficiaires de la convention ont acquis leurs équipements. Avant le versement du solde, chaque bénéficiaire supporte une avance de trésorerie égale à 20% du montant de la subvention qui lui a été allouée. [↑](#footnote-ref-1)