|  |
| --- |
| Formulaire de demande de subvention Equipement- Vague 2 DIM TG 2019 |

|  |
| --- |
| Les équipements seront financés par la Région Île-de-France **avec un taux d’intervention maximum de 66% des dépenses HT (la Région ne prend pas en charge les dépenses en TVA)**. 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 COMPLET par mail à l’adresse** **dimTG@institutimagine.org** **avant la date limite de dépôt des dossiers fixée au 7 Novembre 2019. Merci de regrouper tous les documents en un seul PDF.**  |

**Calendrier de l’appel à projet :**

* Ouverture de l’appel à projet : 19 Septembre 2019
* Clôture de l’appel à projet : 7 Novembre 2019
* Comités de gouvernances : semaine du 25 Novembre et du 9 Décembre 2019
* Notification des résultats : mi-décembre 2019
* Convention de reversement et premier versement : premier semestre 2020

**Critères d’éligibilité :**

* 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 ;
* 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 ;
* **L’acquisition doit intervenir dans les 12 mois suivant la décision de financement (soit au plus tard le 31/12/2020)[[1]](#footnote-1).**

**Pièces à fournir pour le dépôt de dossier :**

* Le présent formulaire de demande de subvention ;
* La **lettre de co-financement signée par le représentant légal de l’organisme acquéreur** (modèle en annexe 1 - *autant de lettre que d’organismes acquéreurs*). Cette lettre est obligatoire pour que le dossier soit accepté. Aucune lettre de co-financement signée par le directeur du laboratoire ne sera acceptée ;
* Les devis correspondant aux équipements demandés.

**Coûts éligibles :**

* La Région Ile-de-France finance à hauteur de 66% du montant HT des équipements. Il est donc nécessaire d’apporter un co-financement de 34% minimum. Le règlement de la TVA est également à la charge du co-financeur.
* Le montant de la subvention allouée est un montant **maximum** pour l’ensemble des équipements subventionnés, qui sera ajusté lors du versement du solde si le montant des dépenses réelles (sur présentation des factures) est inférieur au budget prévisionnel. Aucun équipement supplémentaire, non mentionné dans le dossier de subvention, ne pourra faire l’objet d’une acquisition avec cette subvention.
* Aucun frais de gestion ne pourra être prélevé sur le montant de la subvention allouée par les établissements gestionnaires et/ou bénéficiaires et/ou co-financeurs de cette subvention.

**Modalités de reversement de la subvention :**

Merci de noter que chaque bénéficiaire de la subvention s’engage à **supporter une avance de trésorerie** :

* 80% de la subvention sera versée au bénéficiaire sur présentation de justificatif de paiement ;
* Les 20 % restant seront versés au bénéficiaire après la présentation du solde à la Région. Le solde est présenté à la Région une fois que tous les bénéficiaires de la subvention auront acquis leurs équipements.
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. |

|  |
| --- |
| **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** | **Poste** | **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 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. |

1. Equipements demandés

|  |
| --- |
| **Organisme gestionnaire de la subvention**Merci de renseigner les champs suivants de manière précise afin d’adresser au plus vite les conventions de reversement |
| **Nom de l’organisme gestionnaire** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Coordonnées du représentant légal de l’organisme gestionnaire**  | **Nom et Prénom :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Mail :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Fonction :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Coordonnées du/des responsable(s) du service juridique qui va/vont gérer le contrat** | **Nom et Prénom :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Mail :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Tel :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Fonction :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Nom et Prénom :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Mail :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Tel :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Fonction :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Intitulé de l’équipement** (Autant de ligne que d’équipement(s)) | **Localisation de l’équipement** | **Organisme** **acquéreur** | **Nom et Prénom du gestionnaire** | **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. |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |  |  |  |  |

**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*] HT, sous réserve d’actualisation des devis 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 HT et que le DIM ne prendra pas en charge le règlement de la TVA.

Je reconnais avoir pris connaissance des modalités de reversement de la subvention et engage *[nom de l’organisme co-financeur*] à supporter une avance de trésorerie.

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

|  |
| --- |
| Procédure d’attribution des subventions du DIM Thérapie Génique – Vague 2 |

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.

* **Novembre** **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.

* **Décembre**  **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.

* **Janvier**  **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).

* **Février**  **Appel de fonds auprès de la Région**

L’Institut *Imagine*, en tant qu’organisme gestionnaire du DIM Thérapie Génique, déclenche les appels de fonds 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.

* **Mai** **Etablissement de la convention de reversement**

La convention de reversement est établie entre l’Institut *Imagine* et la structure bénéficiaire de la subvention. Elle permet de mettre en place les modalités de reversement de la subvention et les obligations de chacune des parties prenantes. A noter que le reversement de la subvention est conditionné à la soumission, par le bénéficiaire, d’un justificatif des dépenses réalisées. Le bénéficiaire s’engage donc à supporter une avance de trésorerie. Par ailleurs, le solde, correspondant à 20% de la subvention, vous sera versé une fois que l’ensemble des bénéficiaires de la subvention auront acquis leurs équipements.

Merci de noter qu’aucun frais de gestion ne pourra être prélevé sur le montant de la subvention allouée.

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)