****

**Appel à projets 2017 : Recherche clinique**

***Tester des hypothèses issues des sciences fondamentales, épidémiologiques et humaines et sociales***

Les lettres d’intention rédigées **en anglais** devront être envoyées

au plus tard **le 1er mai 2017 à 23h59** (délai de rigueur)

**Par email** à : **sylvie.ledoux@inserm.fr**

Il sera adressé un seul fichier sous format pdf, chaque section devra faire l’objet d’un saut de page, le fichier sera nommé : FPA-AAP2017\_*nom du PI*

**Fondation Plan Alzheimer**

**8 rue de la croix Jarry**

**75013 Paris**

**Section 1. Identification du projet** */ Identification of the project*

|  |  |
| --- | --- |
| **Acronyme /** *Acronym* |  |
| **Titre du projet /***Project title* |  |
| **Investigateur principal /** *Main applicant* | **Nom** / *Last name*: **Prénom** / *First name* : **Laboratoire / Unité / Département** / *Laboratory / Unit / Department*  |
| **Mots-clé /** *Keywords* **(4 maxi)** | - - - -  |
| **Budget demandé /** *Budget requested* | € | **Durée (mois) /** *Duration (months)**Maximum 24 months* |  |

**Section 2. Project scientifique /** *Scientific Project*

**Présentation du projet (maximum deux pages et demi)**

Le texte du projet ne doit pas excéder deux pages et demi, bibliographie comprise. Il doit être composé impérativement des sections suivantes :

1. Scientific background and rational
2. Description of the project methodology
3. Innovative aspects
4. Expected results
5. Bibliography

**SECTION 3. Description administrative /** *Administrative description*

**Equipe de l’investigateur principal /** *team of the principal investigator*

**Investigateur principal /** *Principal Investigator*

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM** / *LAST NAME* |  |
| **Prénom** / *First Name* |  |
| **Date de naissance** / *Date of Birth* |  |
| **Grade / Statut** **\*/** *Current status* |  |
| **Téléphone** / *Phone Number* | **00 33 (0)…….** |
| **Téléphone** / *Phone Number* | **00 33 (0)6………** |
| **Courriel** / *Email* |  |

***\*****(ex : CR, DR, MCU, MCU-PH, PU, PU-PH, PH, PA, Post-doc, doctorant, Technicien, Ingénieur…)*

**Département, Laboratoire … /** *Department, Laboratory*

|  |  |
| --- | --- |
| **Intitulé du laboratoire** / *Name of the Laboratory* |  |
| **Identification du laboratoire** / *Identification of the Laboratory*Ex/Ie : UMR 9999 |  |
| **Intitulé de l’équipe (si pertinent)** / *Name of the team (when applicable)* |  |
| **Adresse** / *Address* |  |
| **Code postal** / *Zip Code* |  |
| **Ville** / *City* |  |
| **NOM, prénom du directeur du laboratoire** */ LAST NAME, First Name of the Laboratory Director* |  |
| **Organisme public gestionnaire**(Université, EPST…) **Coordonnées de la personne qui sera en charge du dossier si retenu** | **Organisme gestionnaire :** **Adresse complète :** **Nom – Prénom :****N° téléphone :** **e-mail :**  |