

Allegato B**European Partnership on Personalised Medicine EP PerMed (G.A. N° 101137129)****REGIONE TOSCANA (RT) VALUTAZIONE DI AMMISSIBILITÀ
PRE-SUBMISSION ELIGIBILITY CHECK - JTC 2025****TITOLO DELLA JOINT CALL**

| |
|---|
| Joint Transnational Call 2025: "PHARMACOGENOMIC STRATEGIES TO IMPROVE EFFICACY AND POTENTIAL OF PERSONALISED MEDICINE APPROACHES - PGXPM2025" |
|---|

Istruzioni per la compilazione del modulo

Al fine di accelerare il processo di verifica dell'ammissibilità, la Regione Toscana concederà un nulla osta di ammissibilità ai proponenti prima della presentazione della proposta preliminare. A tal fine, è OBBLIGATORIO che i proponenti restituiscano il presente modulo, debitamente compilato e firmato da ciascun Responsabile scientifico, e corredato di Curriculum Vitae e Documento d'Identità, all'indirizzo: eppermed@regione.toscana.it. Si raccomanda vivamente di restituire il modulo compilato e firmato almeno 10 giorni prima del termine per la presentazione delle proposte preliminari fissato dal Bando.

Informazioni sul progetto

| | |
|----------------------------|--|
| Titolo del Progetto | |
|----------------------------|--|

| | |
|-----------------|--|
| Acronimo | |
|-----------------|--|

Primo beneficiario toscano (SSR)

| | |
|---|--|
| Ente | |
| Indirizzo | |
| Legale Rappresentante (nome e cognome) | |
| Ruolo nell'ente | |
| Telefono | |
| E-mail | |

Primo responsabile scientifico SSR (Principal Investigator PI):

| | |
|------------------------|--|
| Nome e cognome | |
| Ruolo nell'ente | |

Allegato B

European Partnership on Personalised Medicine EP PerMed (G.A. N° 101137129)

REGIONE TOSCANA (RT) VALUTAZIONE DI AMMISSIBILITÀ PRE-SUBMISSION ELIGIBILITY CHECK - JTC 2025

| | |
|--------------------------|--|
| Tipo di contratto | a. Strutturato a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> b. Strutturato a tempo determinato <input type="checkbox"/> c. Altro <input type="checkbox"/> <i>Specificare:</i> |
| Indirizzo | |
| Telefono | |
| E-mail | |
| Curriculum vitae | Allegare CV |

Specifiche del progetto del partner toscano 1

| | | |
|--|---|---|
| Sede di svolgimento del progetto in Toscana | | |
| Ruolo del progetto toscano nell'ambito del progetto transnazionale (max. 500 caratteri) | | |
| Specificare | VOCI DI COSTO | CONTRIBUTO RICHIESTO A REGIONE TOSCANA (€) |
| | <i>Personale (spese di personale a termine per attività di ricerca e sviluppo, reclutato nel rispetto della normativa vigente e destinato esclusivamente alla realizzazione delle attività previste nel progetto)</i> | |
| | <i>Materiali di consumo</i> | |
| | <i>Strumenti e attrezzature nella misura e per il periodo in cui sono utilizzati per il progetto di ricerca (quota di ammortamento)</i> | |
| | <i>Spese di trasferte e missioni dei beneficiari, sostenute esclusivamente per attività di ricerca del progetto (fino ad un massimo del 10% del contributo richiesto)</i> | |

Allegato B

European Partnership on Personalised Medicine EP PerMed (G.A. N° 101137129)

**REGIONE TOSCANA (RT) VALUTAZIONE DI AMMISSIBILITÀ
PRE-SUBMISSION ELIGIBILITY CHECK - JTC 2025**

| | | |
|--|--|--|
| | <i>Diffusione e trasferimento dei risultati (pubblicazioni, organizzazione di meetings/workshops etc.- (fino ad un massimo del 5% del contributo richiesto)</i> | |
| | <i>Spese per i trial clinici (patient cost) (a titolo esemplificativo e non esaustivo: esami aggiuntivi, spese di assicurazione, rimborso spese ai pazienti)</i> | |
| | <i>Subcontratti (fino ad un massimo del 20% dei costi diretti del progetto)</i> | |
| | <i>Overheads (fino ad un massimo del 10% dei costi diretti del progetto esclusi subcontratti)</i> | |
| | Contributo richiesto a RT per il progetto (€) | |

Secondo beneficiario toscano (se presente)

| | |
|---|--|
| Ente | |
| Indirizzo | |
| Legale Rappresentante (nome e cognome) | |
| Ruolo nell'ente | |
| Telefono | |
| E-mail | |

Secondo responsabile scientifico (Principal Investigator PI) (se presente)

| | |
|--------------------------|---|
| Nome e cognome | |
| Ruolo nell'ente | |
| Tipo di contratto | d. Strutturato a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> e. Strutturato a tempo determinato <input type="checkbox"/> f. Altro <input type="checkbox"/> Specificare: |
| Indirizzo | |
| Telefono | |
| E-mail | |

Allegato B

European Partnership on Personalised Medicine EP PerMed (G.A. N° 101137129)

**REGIONE TOSCANA (RT) VALUTAZIONE DI AMMISSIBILITÀ
PRE-SUBMISSION ELIGIBILITY CHECK - JTC 2025**

| | |
|------------------|-------------|
| Curriculum vitae | Allegare CV |
|------------------|-------------|

Specifiche del progetto del partner toscano 2

| | | |
|--|---|---|
| Sede di svolgimento del progetto in Toscana | | |
| Ruolo del progetto toscano nell'ambito del progetto transnazionale (max. 500 caratteri) | | |
| Specificare | VOCI DI COSTO | CONTRIBUTO RICHIESTO A REGIONE TOSCANA (€) |
| | <i>Personale (spese di personale a termine per attività di ricerca e sviluppo, reclutato nel rispetto della normativa vigente e destinato esclusivamente alla realizzazione delle attività previste nel progetto)</i> | |
| | <i>Materiali di consumo</i> | |
| | <i>Strumenti e attrezzature nella misura e per il periodo in cui sono utilizzati per il progetto di ricerca (quota di ammortamento)</i> | |
| | <i>Spese di trasferte e missioni dei beneficiari, sostenute esclusivamente per attività di ricerca del progetto (fino ad un massimo del 10% del contributo richiesto)</i> | |
| | <i>Diffusione e trasferimento dei risultati (pubblicazioni, organizzazione di meetings/workshops etc.- (fino ad un massimo del 5% del contributo richiesto)</i> | |
| | <i>Spese per i trial clinici (patient cost) (a titolo esemplificativo e non esaustivo: esami aggiuntivi, spese di assicurazione, rimborso spese ai pazienti)</i> | |

Allegato B
European Partnership on Personalised Medicine EP PerMed (G.A. N° 101137129)
**REGIONE TOSCANA (RT) VALUTAZIONE DI AMMISSIBILITÀ
PRE-SUBMISSION ELIGIBILITY CHECK - JTC 2025**

| | | |
|--|---|--|
| | <i>Subcontratti (fino al massimo del 20% dei costi diretti del progetto)</i> | |
| | <i>Overheads (fino ad un massimo del 10% dei costi diretti del progetto esclusi subcontratti)</i> | |
| | Contributo richiesto a RT per il progetto (€) | |

Lista dei Partner del progetto transnazionale

| No. | Paese | Responsabile scientifico | Ente | Telefono | Email | Ruolo nel progetto | | | |
|-----|-------|--------------------------|------|----------|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | | | Coordinatore | Partner | Altro | ERC |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Data, _____

PRIMO BENEFICIARIO TOSCANO

Allegato B

European Partnership on Personalised Medicine EP PerMed (G.A. N° 101137129)

**REGIONE TOSCANA (RT) VALUTAZIONE DI AMMISSIBILITÀ
PRE-SUBMISSION ELIGIBILITY CHECK - JTC 2025**

Firma del Responsabile scientifico (PI)

Firma del Rappresentante legale

SECONDO BENEFICIARIO TOSCANO (SE PRESENTE)

Firma del Responsabile scientifico (PI)

Firma del Rappresentante legale

Allegare:

1. CV del/dei PI
2. documento d'identità del/dei PI
3. documento d'identità del/i Rappresentante/i Legale/i