

“TRANSCAN-4 (N° 101288225)”

**REGIONE TOSCANA (RT) VALUTAZIONE DI AMMISSIBILITÀ
PRE-SUBMISSION ELIGIBILITY CHECK - JTC 2026**

TITOLO DELLA JOINT TRANSNATIONAL CALL

Joint Transnational Call 2026:

**“Translational Research on Cancer Metabolism: Multidisciplinary
Approaches for Diagnosis and Treatment”**

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: transcan4@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 (Principal Investigator PI):

Nome e cognome	
Ruolo nell'ente	
Tipo di contratto	a. Strutturato a tempo indeterminato <input type="checkbox"/>

“TRANSCAN-4 (N° 101288225)”

REGIONE TOSCANA (RT) VALUTAZIONE DI AMMISSIBILITÀ
PRE-SUBMISSION ELIGIBILITY CHECK - JTC 2026

	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 beneficiario 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 per i trial clinici (patient cost) (a titolo esemplificativo e non esaustivo: esami aggiuntivi, spese di assicurazione, rimborso spese ai pazienti)</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>	

“TRANSCAN-4 (N° 101288225)”

REGIONE TOSCANA (RT) VALUTAZIONE DI AMMISSIBILITÀ
PRE-SUBMISSION ELIGIBILITY CHECK - JTC 2026

	<i>Capacity building</i> (attività finalizzate a favorire processi integrati e multidisciplinari tra i gruppi di ricerca coinvolti nel progetto finanziato)	
	<i>Diffusione e trasferimento dei risultati</i> (pubblicazioni, organizzazione di meetings/workshops etc.- (fino ad un massimo del 5% del contributo richiesto	
	<i>Subcontratti</i> (fino ad un massimo del 20% dei costi diretti del progetto)	
	<i>Overheads</i> (fino ad un massimo del 10% dei costi diretti del progetto esclusi subcontratti)	
	Contributo totale richiesto a RT (€)	

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	
Curriculum vitae	<i>Allegare CV</i>

“TRANSCAN-4 (N° 101288225)”

REGIONE TOSCANA (RT) VALUTAZIONE DI AMMISSIBILITÀ
PRE-SUBMISSION ELIGIBILITY CHECK - JTC 2026

Specifiche del progetto del beneficiario 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 per i trial clinici (patient cost) (a titolo esemplificativo e non esaustivo: esami aggiuntivi, spese di assicurazione, rimborso spese ai pazienti)</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>Capacity building (attività finalizzate a favorire processi integrati e multidisciplinari tra i gruppi di ricerca coinvolti nel progetto finanziato)</i>	

“TRANSCAN-4 (N° 101288225)”

REGIONE TOSCANA (RT) VALUTAZIONE DI AMMISSIBILITÀ
PRE-SUBMISSION ELIGIBILITY CHECK - JTC 2026

	<i>Diffusione e trasferimento dei risultati</i> (pubblicazioni, organizzazione di meetings/workshops etc.- (fino ad un massimo del 5% del contributo richiesto)	
	<i>Subcontratti</i> (fino al massimo del 20% dei costi diretti del progetto)	
	<i>Overheads</i> (fino ad un massimo del 10% dei costi diretti del progetto esclusi subcontratti)	
	Contributo totale richiesto a RT (€)	

Lista dei Partecipanti al progetto transnazionale*

No.	Paese	Responsabile scientifico	Ente	Telefono	Email	Ruolo nel progetto		
						Coordinatore	Partner	Altro
						<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"/>

* riportare tutti i componenti del partenariato transnazionale, compreso il/i beneficiario/i toscano/i.

Data, _____

PRIMO BENEFICIARIO TOSCANO

Firma del Responsabile scientifico (PI)

“TRANSCAN-4 (N° 101288225)”

**REGIONE TOSCANA (RT) VALUTAZIONE DI AMMISSIBILITÀ
*PRE-SUBMISSION ELIGIBILITY CHECK - JTC 2026***

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