Allegato B

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

REGIONE TOSCANA (RT) VALUTAZIONE DI AMMISSIBILITÀ
PRE-SUBMISSION ELIGIBILITY CHECK - JTC 2027

TITOLO DELLA JOINT CALL

Joint Transnational Call 2027: "CELL AND GENE THERAPY FOR PERSONALISED MEDICINE (CGT4PM2027)"

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, corredato di Curriculum Vitae del Responsabile Scientifico, firmato da ciascun Responsabile scientifico e Rappresentante legale dell'ente con relativo 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	
Tipo di contratto	a. Strutturato a tempo indeterminato ☐

Allegato B

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

REGIONE TOSCANA (RT) VALUTAZIONE DI AMMISSIBILITÀ
PRE-SUBMISSION ELIGIBILITY CHECK - JTC 2027

	b. Strutturato a tempo determinato ☐ c. Altro ☐ *Specificare*:
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 (€)**
	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)*	
	Materiali di consumo	
	Strumenti e attrezzature *nella misura e per il periodo in cui sono utilizzati per il progetto di ricerca (quota di ammortamento)*	
	Spese di trasferte e missioni dei beneficiari*, sostenute esclusivamente per attività di ricerca del progetto (fino ad un massimo del 10% del contributo richiesto)*	
	Diffusione e trasferimento dei risultati *(pubblicazioni, organizzazione di meetings/workshops etc.- (fino ad un massimo del 5% del contributo richiesto)*	

Allegato B

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

REGIONE TOSCANA (RT) VALUTAZIONE DI AMMISSIBILITÀ
PRE-SUBMISSION ELIGIBILITY CHECK - JTC 2027

	Spese per i trial clinici (patient cost) *(a titolo esemplificativo e non esaustivo: esami aggiuntivi, spese di assicurazione, rimborso spese ai pazienti)*	
	Subcontratti *(fino ad un massimo del 20% dei costi diretti del progetto)*	
	Overheads *(fino ad un massimo del 10% dei costi diretti del progetto esclusi subcontratti)*	
	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 ☐ e. Strutturato a tempo determinato ☐ f. Altro ☐ Specificare:
Indirizzo	
Telefono	
E-mail	
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 (€)**
	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)*	
	Materiali di consumo	
	Strumenti e attrezzature *nella misura e per il periodo in cui sono utilizzati per il progetto di ricerca (quota di ammortamento)*	
	Spese di trasferte e missioni dei beneficiari*, sostenute esclusivamente per attività di ricerca del progetto (fino ad un massimo del 10% del contributo richiesto)*	
	Diffusione e trasferimento dei risultati *(pubblicazioni, organizzazione di meetings/workshops etc.- (fino ad un massimo del 5% del contributo richiesto)*	
	Spese per i trial clinici (patient cost) *(a titolo esemplificativo e non esaustivo: esami aggiuntivi, spese di assicurazione, rimborso spese ai pazienti)*	
	Subcontratti *(fino al massimo del 20% del costi diretti del progetto)*	
	Overheads *(fino ad un massimo del 10% dei costi diretti del progetto esclusi subcontratti)*	

Allegato B

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

REGIONE TOSCANA (RT) VALUTAZIONE DI AMMISSIBILITÀ
PRE-SUBMISSION ELIGIBILITY CHECK - JTC 2027

	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	ECR*
						☐	☐	☐	☐
						☐	☐	☐	☐
						☐	☐	☐	☐
						☐	☐	☐	☐
						☐	☐	☐	☐
						☐	☐	☐	☐
						☐	☐	☐	☐

*early-career researcher

Data,_____

PRIMO BENEFICIARIO TOSCANO

Firma del Responsabile scientifico (PI)

_____

Firma del Rappresentante legale

_____

Allegato B

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

REGIONE TOSCANA (RT) VALUTAZIONE DI AMMISSIBILITÀ
PRE-SUBMISSION ELIGIBILITY CHECK - JTC 2027

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 (non necessario se il documento viene sottoscritto con firma digitale)
3. documento d'identità del/i Rappresentante/i Legale/i (non necessario se il documento viene sottoscritto con firma digitale)