**PROGRAMA VLC-Bioclínic 2021**

**SUBPROGRAMA ACCIONES PREPARATORIAS**

AYUDAS PARA LA REALIZACIÓN DE ACCIONES PREPARAT

ORIAS DE PROYECTOS DE INNOVACIÓN CONJUNTOS ENTRE PERSONAL INVESTIGADOR DE LA UNIVERSITAT DE VALENCIA Y DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA INCLIVA

**SOLICITUD**

Es obligatorio presentar la solicitud de ayuda telemáticamente a través de la plataforma VLC-Bioclínic ([www.vlc-bioclinic.es](http://www.vlc-bioclinic.es))

Este FORMULARIO DE SOLICITUD DE AYUDA debe estar firmado, preferiblemente con firma electrónica, por el/la IP de la UV y el/la IP de INCLIVA.

Es obligatorio subir este documento de formulario en formato PDF a la plataforma VLC-Bioclínic para completar el proceso de solicitud.

# **DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA SOLICITUD**

(Todos los datos identificativos de la solicitud son obligatorios)

**TÍTULO DE LA ACCIÓN PREPARATORIA**:

**ACRÓNIMO:**

**ABSTRACT DE LA ACCIÓN PREPARATORIA (máx. 150 palabras):**

|  |
| --- |
|  |

**INVESTIGADOR/A PRINCIPAL DE LA UNIVERSITAT DE VALÈNCIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellidos: | | Nombre: | |
| Correo electrónico: | Teléfono: | | DNI: |
| Departamento / Estructura de investigación (instituto, grupo): | | | |
| Vinculación laboral (de entre las siguientes categorías: Catedrático, Profesor/a Titular, Profesor/a Contratado/a, Doctor/a, Investigador/a con Contrato de Acceso al Sistema, Profesor/a Ayudante Doctor/a): | | | |
| Firma del/de la solicitante: | | | |

**INVESTIGADOR/A PRINCIPAL DE INCLIVA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellidos: | | Nombre: | |
| Correo electrónico: | Teléfono: | | DNI: |
| Servicio / grupo de investigación: | | | |
| Vinculación laboral (IIS INCLIVA/Hospital Clínico/Fundación IGENOMIX): | | | |
| Firma del/de la solicitante: | | | |

**COMPOSICIÓN DEL EQUIPO INVESTIGADOR:**

El equipo investigador tendrá un máximo de 4 miembros en Acciones Preparatorias y un máximo de 8 miembros en los Proyectos de Innovación, excluidos/as los/as IPs.

Seleccionar para cada miembro del equipo de investigación cuál es su tipo de vinculación de entre los siguientes,

Para UV:

* Catedrático
* Profesor/a Titular
* Profesor/a Contratado/a
* Doctor/a, Investigador/a con Contrato de Acceso al Sistema
* Profesor/a Ayudante Doctor/a
* Contratado con Contrato predoctoral no vinculado a un proyecto específico
* Gestor/a I+D

Para INCLIVA:

* Jefe/a de Grupo Consolidado
* Jefe/a de Grupo Emergente
* Investigador/a Consolidado
* Investigador/a Emergente
* Investigador/a Postdoctoral
* Investigador/a Predoctoral
* Personal Colaborador
* Gestor/a I+D
* Otros

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Investigador/a** | **DNI** | **Correo electrónico** | **Departamento/**  **Estructura de investigación/Servicio** | **Institución/**  **Entidad** | **Tipos de vinculación** | **CO-IP\*** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**(\*)** Tal como se señala en el apartado 5 de la convocatoria, indique, por favor, si participa como CO\_IP en el presente proyecto.

**INFORMACIÓN OBLIGATORIA:**

Indique si los grupos participantes han recibido alguna de las ayudas siguientes relacionadas con el proyecto solicitado:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **GRUPO UV** | | **GRUPO INCLIVA** | |
|  | SI Indicar nombre del investigador(a)/referencia del proyecto | NO | SI Indicar nombre del investigador(a)/referencia del proyecto | NO |
| **VLC-BIOMED 2014** |  |  |  |  |
| **VLC-BIOMED 2015** |  |  |  |  |
| **VLC-BIOMED 2016** |  |  |  |  |
| **VLC-BIOMED 2017** |  |  |  |  |
| **VLC-BIOMED 2020** |  |  |  |  |
| **VLC-BIOCLÍNIC 2015** |  |  |  |  |
| **VLC-BIOCLÍNIC 2016** |  |  |  |  |
| **VLC-BIOCLÍNIC 2017** |  |  |  |  |
| **VALORITZA I TRANSFERIX** |  |  |  |  |
| **Otras ayudas propias de INCLIVA** |  |  |  |  |

Indique si el Proyecto presentado en esta convocatoria forma parte de:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **GRUPO UV** | | **GRUPO INCLIVA** | |
|  | **SI** Indicar el nombre del proyecto/Programa y Organismo financiador | **NO** | **SI** Indicar el nombre del proyecto/ Programa y Organismo financiador | **NO** |
| Tesis doctoral |  |  |  |  |
| Proyecto de investigación con financiación nacional |  |  |  |  |
| Proyecto de investigación con financiación internacional |  |  |  |  |
| Contrato con Empresa |  |  |  |  |

**Memoria del PROYECTO DE INNOVACIÓN y las ACCIONES PREPARATORIAS** (*extensión máxima de SIETE páginas, incluidos gráficos, imágenes y bibliografía; Tipo de letra, Arial; Fuente, 11)*

**PARTE A**

1. **Resumen del futuro proyecto para el cual se solicita la Acción Preparatoria.**

*Exposición del problema a resolver y descripción del estado actual. Justificación de la necesidad del futuro proyecto y objetivos. Metodología, esquema del plan de trabajo y entregables del futuro proyecto.*

1. **Descripción de las características del producto y/o servicio a desarrollar en el futuro proyecto.**

* *Medida en que va más allá del estado del arte y demuestra potencial de innovación (por ejemplo, objetivos innovadores, conceptos y enfoques novedosos, nuevos productos, servicios o modelos de negocios y organizacionales). Hacer referencia, cuando sea relevante, a productos y/o servicios ya existentes actualmente.*
* *Describir si el futuro proyecto podrá dar lugar a resultados protegibles y explotables: un modelo de utilidad, patente, procedimiento, método de diagnóstico, cuestionario, etc. Describir cómo se van a explotar los resultados.*

1. **Justificación de la necesidad clínica del mercado que satisface el futuro proyecto a desarrollar y su impacto económico y sociosanitario.**

* *Identificación del mercado objetivo/patología a la cual se pueden dirigir los resultados del proyecto. Aplicación en otros posibles mercados/patologías.*
* *Aplicabilidad de los resultados (proximidad al mercado/paciente).*

* *Impacto socio-sanitario y económico previsible y las mejoras previstas respecto al sistema de salud, los/las pacientes, la población en general, y el personal sanitario.*

**PARTE B**

1. **Actividades objeto de la Acción Preparatoria necesarias para llevar a cabo el Futuro Proyectos descrito en la Parte A.**

*Descripción detallada y alcance del conjunto de actividades a desarrollar. Plan de trabajo (organización por paquetes de trabajo, tareas y responsables, cronograma).*

1. **Presupuesto de la Acción Preparatoria**

El importe solicitado por el concepto de VIAJES Y DIETAS, MATERIAL FUNGIBLE y SUBCONTRATACIONES Y ASISTENCIA TÉCNICA podrá ser asignado a la UV o al INCLIVA en función de la disponibilidad presupuestaria de cada institución. En la resolución de concesión se indicarán los importes dispuestos por cada institución. **Cada proyecto puede obtener una financiación máxima de 5.000€.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Concepto** | **Descripción y observaciones (\*\*)** | **Total (€)** |
| Personal |  |  |
| Material fungible |  |  |
| Viajes y dietas |  |  |
| Subcontrataciones y asistencias técnicas **(\*)** |  |  |
| Otros gastos  (debidamente justificados) |  |  |
| ***PRESUPUESTO TOTAL*** |  |  |

(\*) de estas subcontrataciones, especificar el presupuesto de aquellas que corresponderían al SCSIE/UCIM.

(\*\*) si procede, indicar preferencia de entidad donde asignar la partida presupuestaria.

1. **Entregables de la Acción Preparatoria.**

*Indique los entregables previstos como resultado del desarrollo de las actividades de la Acción Preparatoria (nuevas metodologías y técnicas, prototipos, propuestas de solicitud de financiación en otras convocatorias, contratos con empresas, etc.).*

**PARTE C**

1. **Valor de la Cooperación.**

* *Experiencia del equipo investigador en el ámbito del proyecto. Indique si es una nueva línea de investigación.*
* *Indique, si procede, antecedentes de cooperación conjunta del equipo investigador (máximo 5 artículos relevantes o actuales, proyectos, etc.).*
* *Complementariedad de los grupos de investigación.*

1. **Proyección del equipo de investigación. Plan para obtener financiación y poder ejecutar el futuro proyecto.**

*Indique qué acciones se prevén realizar, una vez ejecutadas las acciones preparatorias, para poder realizar el futuro proyecto descrito en la parte A (participación en convocatorias, contacto con empresas, protección de resultados mediante Propiedad Industrial o Intelectual, etc.).*

**BIBLIOGRAFÍA**

*Lista de bibliografía relevante, que se identificará a lo largo del texto mediante referencias numeradas.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma Investigador/a Principal UV: |  | Firma Investigador/a Principal INCLIVA: |
|  |  |  |