**PROGRAMA VLC-BIOCLÍNIC 2021**

**SUBPROGRAMA PROYECTOS DE INNOVACIÓN**

AYUDAS PARA EL DESARROLLO 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 AYUDAS 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.

1. **DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA SOLICITUD**

(Todos los datos identificativos de la solicitud son obligatorios)

**TÍTULO DEL PROYECTO DE INNOVACIÓN**:

**ACRÓNIMO:**

**ABSTRACT DEL PROYECTO DE INNOVACIÓN (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 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** |
|  | SIIndicar nombre del investigador/ referencia del proyecto | NO | SIIndicar nombre del investigador / 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 del 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**

(*extensión máxima de DIEZ páginas, incluidos gráficos, imágenes y bibliografía; Tipo de letra, Arial; Fuente, 11)*

1. **Descripción de los Resultados o Experiencia Preliminares ya contrastadas y grado de desarrollo del proyecto propuesto**
* *Descripción del estado actual del proyecto.*
* *Experiencias preliminares / resultados ya contrastados que demuestran el potencial de transferencia de la propuesta en el ámbito de la salud. Indique estado de protección y libertad de operación (si hay alguna otra entidad que pueda tener derechos en estos resultados).*
* *Desarrollos análogos nacionales o internacionales.*
1. **Descripción del proyecto propuesto**
* *Exposición del problema a resolver.*
* *Objetivos del proyecto a desarrollar.*
* *Concepto y Metodología, justificación de la necesidad del proyecto a desarrollar.*

* *Hacer referencia a proyectos, publicaciones, actividades, etc. del equipo investigador que sean relevantes para el proyecto.*
1. **Potencial de innovación del proyecto propuesto**

*Grado en que el proyecto propuesto 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). Indicar, donde sea relevante, otros proyectos relacionados.*

1. ***Plan de Trabajo***
* *Diseño del proyecto/estudio.*
* *Calendario de trabajo (incluir cronograma propuesto al final de la memoria).*
* *Descripción de tareas y asignación de recursos humanos (persona-mes). Cronograma. Entregables.*

* *Mecanismos de coordinación previstos para la ejecución correcta del proyecto.*
* *Enfoque interdisciplinar, complementariedad de los participantes y medida en que el consorcio en su conjunto reúne la experiencia necesaria.*
1. **Identificación de riesgos y Plan de Contingencia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Riesgo** | **Probabilidad (B, M, A)** | **Impacto sobre el desarrollo del proyecto** | **Plan de contingencia** |
|  |   |   |   |
|  |  |  |  |
|  |   |   |   |

*(\*) B= Bajo; M=Medio; A=Alto*

1. **Presupuesto del Proyecto de Innovación**

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 20.000 €.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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. **Impacto Tecnológico, Económico y Sociosanitario del Producto o Servicio derivado de los Resultados esperados**
* *Mercado/patología objetivo al cual se dirige y justificación de la necesidad.*

* *Aplicabilidad en otros mercados/patologías, áreas clínicas o tecnológicas.*
* *Aplicabilidad clínica de los resultados (proximidad al mercado/paciente)*
* *Ventajas técnicas y funcionales respecto a la tecnología o práctica clínica que se usa actualmente. Descripción de las características innovadoras y diferenciadoras del producto o servicio derivado de los resultados del proyecto que aportan valor añadido y lo distinguen de otros productos o servicios ya existentes. Alternativas existentes en el mercado o en la práctica.*
* *En qué medida el proyecto propuesto contribuye a madurar y poner a punto el resultado de partida para facilitar la traslación.*
* *Indique si los resultados futuros que se desarrollarán podrán dar lugar a patentes, modelos de utilidad, u otros resultados susceptibles de protección mediante propiedad industrial/intelectual (procedimientos, métodos de diagnóstico, metodologías, cuestionarios…).*
1. **Plan de Transferencia y Explotación**

*Indique si se dispone de una estrategia para explotar los resultados y llevar el producto o servicio derivado hasta la práctica clínica/mercado:*

* *Estrategia de Protección (Propiedad Intelectual/Industrial, secreto industrial, etc.).*
* *Modelo de negocio.*
* *Perfiles de posibles empresas licenciatarias o creación de Spin-off (si procede).*

**9) Equipo Investigador**

* *Experiencia y complementariedad del equipo investigador en el ámbito del proyecto. Interacción entre los componentes del equipo investigador para el desarrollo de éste. Valor añadido que se espera obtener de la cooperación.*
* *Indique, si procede, antecedentes de cooperación conjunta del equipo investigador (artículos (últimas 5 publicaciones, proyectos (en los últimos 5 años), etc.).*

**10) Participación de Empresas**

* *Indique si participa alguna empresa en la propuesta e identifíquela adecuadamente: razón social, persona de contacto, teléfono, correo electrónico.*
* *Indique las actividades a desarrollar por la empresa, interés en la futura explotación de los resultados obtenidos y, si procede, la cofinanciación monetaria y en especies que aporta y si está interesada en la explotación de los resultados derivados de la ejecución del proyecto de investigación.*

**11) Sostenibilidad del proyecto**

*Indique los siguientes pasos, actuaciones y desarrollos previstos como resultado del proyecto de innovación: participación en nuevas convocatorias de financiación (indique organismo, convocatoria europea/nacional, etc.), desarrollo de prototipos, pruebas de concepto, solicitud de propiedad industrial y/o intelectual, reuniones con empresas, 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: |
|  |  |  |

**MODELO DE CRONOGRAMA (ORIENTATIVO)**

En este cronograma tiene que figurar la totalidad del personal investigador incluido en el formulario de solicitud y, si procede, el personal contratado que se solicitó a cargo del proyecto. Subraye, en cada tarea, el nombre de la persona responsable.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Actividades/Tareas | Centro ejecutor | Entregables | Persona responsable y otras involucradas | Meses(\*) |
|  |  |  |  | M1 | M2 | M3 | M4 | M5 | M6 | M7 | M8 | M9 | M10 | M11 | M12 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(\*) Coloque una X en el número de casillas (meses) que corresponda.