**Programme « Temps protégé recherche » de l’IHU *Imagine***

**CONTRAT « TEMPS PROTÉGÉ RECHERCHE »**

**Dossier**

• Titre et résumé du projet de recherche (**limité à 1 page**)

• Curriculum vitae (**limité à 1 page**)

• Projet personnel de recherche (**limité à 3 pages**)

• Publications et brevets

• Collaborations (**limité à 1 page**)

**Organisation du contrat « Temps protégé recherche »**

**Avis structures d’accueil**

• Accord du laboratoire d’accueil

• Accord du Groupe Hospitalo-Universitaire AP-HP.Centre-Université Paris Cité

**Le dossier (nom du fichier : « Prénom NOM\_Temps protégé recherche 2024 ») et les documents signés et numérisés doivent être déposés à l’adresse :** [callapplication@institutimagine.org](mailto:callapplication@institutimagine.org)

**Contrat “Temps protégé recherche”**

**Nom :**

**Prénom :**

**Fonction :**

|  |
| --- |
| Titre du projet de recherche : |
| Intitulé et numéro du laboratoire d’accueil - nom du responsable : |
| Résumé du projet : |
| **Principales publications du candidat (limitées à 5) :** |
| **Mots clefs,** 5 maximum en anglais : |

**Contrat “Temps protégé recherche”**

**Nom :**

**Prénom :**

**Fonction :**

**Curriculum Vitae (1 page maximum)**

Mentions obligatoires :

- Date de naissance ;

- Diplômes (intitulés et dates d’obtention) et fonctions hospitalières ;

- Services où vous avez exercé vos fonctions hospitalières (années, établissement, intitulé et responsable) ;

- Formations de recherche fréquentées en France et/ou à l’étranger (dates, lieu et responsable).

**Contrat “Temps protégé recherche”**

**Nom :**

**Prénom :**

**Fonction :**

**Projet personnel de recherche (3 pages maximum) rédigé selon le plan suivant :**

- Titre ;

- Contexte international et hypothèse de travail (l’argumentation doit s’appuyer sur des références bibliographiques comprenant les publications majeures relatives au sujet) en identifiant les questions actuellement sans réponse ;

- Justification de la stratégie ;

- Description du programme (méthode, étapes, difficultés éventuelles…) ;

- Conséquences attendues.

**Contrat “Temps protégé recherche”**

**Nom :**

**Prénom :**

**Fonction :**

**Principales réalisations (2019-2024)**

- Principales publications originales publiées ou acceptées dans des revues d’audience internationale (souligner les 5 meilleures)

- Invitations comme conférencier en France et à l’étranger

- Brevets (date et intitulé) et prises de licence d’exploitation

**Contrat “Temps protégé recherche”**

**Nom :**

**Prénom :**

**Fonction :**

**Laboratoire actuel :**

**Temps actuel consacré à la recherche** (en % du temps complet, ou nombre de demi- journées par semaine) :

**Laboratoire où sera menée la recherche :**

**Temps consacré à la recherche prévu dans le cadre du contrat** **« Temps protégé recherche »** durée demandée (en % du temps complet, ou nombre de journées par semaine) :

**Temps Hospitalier :**

**Nom du service :**

**Fonctions actuelles :**

**Fonctions libérées dans le cadre du contrat « Temps protégé recherche » :**

**Contrat “Temps protégé recherche”**

**Nom :**

**Prénom :**

**Fonction :**

**Accord du Groupe Hospitalo-Universitaire AP-HP (préciser quel groupe)**

**Prénom NOM**   
Directeur du Groupe Hospitalo-Universitaire AP-HP (préciser quel groupe)  
Adresse   
**Signature :**

**Directeur de DMU Département Médico-Universitaire**

Nom, Prénom :

Téléphone : Email :

Accord motivé montrant comment la candidature s’inscrit dans le projet de l’établissement :  
**Signature :**

Cachet du Groupe Hospitalo-Universitaire AP-HP (préciser quel groupe) et date :

Signature du **Directeur du GHU APHP (préciser quel groupe) :**

Signature du **Chef de Service :**

*NB : Cette page doit être numérisée après avoir été remplie et signée.*

**Contrat “Temps protégé recherche”**

**Nom :**

**Prénom :**

**Fonction :**

**Accord du directeur du laboratoire**

**Nom et prénom du directeur :**

**Intitulé complet du laboratoire :**

**Adresse :**

**Téléphone : Email :**

**Justification d’accueil**

Justifier l’accueil du candidat dans votre laboratoire en précisant pour votre thématique :

**-** les contributions attendues dans le domaine de la médecine ou en santé publique,

- les interactions éventuelles avec la recherche clinique ou en santé publique,

- les collaborations avec des équipes impliquées dans la recherche clinique ou en thérapeutique prévues pour le projet de recherche envisagé.

**Organigramme de l’équipe d’accueil**

Indiquer la fonction et le temps consacré à la recherche des membres constituant l’équipe.

**Principales publications de l’équipe d’accueil**

En rapport avec la thématique du projet de recherche (5 maximum 2019-2024).

**Date :**

**Signature du directeur de laboratoire d’accueil :**

*NB : Cette page doit être numérisée après avoir été remplie et signée.*