**PROGRAMA PARA A CRIAÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE GABINETES DE APOIO À INOVAÇÃO E CAPTAÇÃO DE FINANCIAMENTO EM IC&IB EM UNIDADES DE SAÚDE**

**FORMULÁRIO DE CANDIDATURA**

1. **Identificação da Unidade de Saúde (US), dos elementos a participar no Programa (nome, email e função)**

*(preencher a tabela)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome da US** |  | | | |
| **Sigla/Acrónimo da US** | *(caso exista)* | | | |
|  | **Nome** | **Email** | **Função na Instituição** | **Função no Programa** |
| **Presidente do CA** |  |  | Presidente do CA | Apoio e autorização institucional |
| **Elementos a participar no Programa** *(até 4 elementos)* |  |  |  | *Ex: Membro do gabinete de apoio ao financiamento de projetos na área da IC&IB* |
|  |  |  | *Ex: Recurso humano alocado à criação do gabinete (para as Unidades de Saúde em o gabinete está em fase de criação).* |
|  |  |  | *Ex: Outro membro da Unidade Saúde que esteja envolvido na criação e/ou desenvolvimento do gabinete* |
|  |  |  |  |

*NOTA: Acrescentar ou eliminar linhas, se necessário*

1. **A Unidade de Saúde pretende:**

**Criar um gabinete de apoio à inovação e captação de financiamento em IC&IB**

**Desenvolver o gabinete de apoio à inovação e captação de financiamento em IC&IB já existente (Indicar a data de criação do gabinete: )**

1. **Resumo da estratégia da unidade de saúde para o** **gabinete de apoio à inovação e captação de financiamento em IC&IB em Unidades de Saúde**

|  |
| --- |
|  |

1. **Resumo da criação e do plano de atividades (2023 a 2025) do gabinete de apoio à inovação e captação de financiamento em IC&IB em Unidades de Saúde**

|  |
| --- |
|  |

1. **Recursos humanos alocados e respetivo tempo dedicado ao gabinete de apoio à inovação e captação de financiamento em IC&IB em Unidades de Saúde**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome do RH** | **Função no Gabinete** | **Data de início de trabalho no Gabinete** | **Tempo alocado ao Gabinete (em % do tempo total de trabalho)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*NOTA: Acrescentar ou eliminar linhas, se necessário*

1. **Indicação se a Unidade de Saúde participou no Programa de apoio a candidaturas ao Horizonte Europa AICIB/APAH, realizado em 2022/2023**

Sim Não

1. **Histórico das candidaturas submetidas pela Unidade de Saúde e financiamento obtido em IC&IB, nos anos de 2022 a 2024** *(preencher a tabela, se aplicável).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ano** | **N.º candidaturas** | **Entidade promotora do concurso**  (*por ex: CCDR, PT2020, PT2030, FCT, Horizonte 2020, Horizonte Europa)* | **N.º Candidaturas Financiada** | **N.º candidaturas não financiada** | **Áreas de intervenção da candidatura** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*NOTA: Acrescentar ou eliminar linhas, se necessário*

1. **Identificação das maiores necessidades da Unidade de Saúde e dos elementos que se candidatam a participar no programa, no âmbito das candidaturas e acesso a financiamento para projetos de IC&IB.**

|  |
| --- |
|  |

1. **Áreas e questões específicas que gostariam de ver respondidas no Programa.**

|  |
| --- |
|  |

1. **Anexar a** **declaração de autorização e apoio institucional para a participação no programa assinada pelo** **Presidente do Conselho de Administração da Unidade de Saúde (minuta no Anexo III do Regulamento).**

 Tomei conhecimento e aceito o teor integral do Regulamento, incluindo a informação relativa ao tratamento de dados pessoais, constante no Anexo III do Regulamento.

 Declaro que as informações prestadas no presente formulário e nos documentos anexos são verdadeiras, e assumo a inteira responsabilidade pelas mesmas

Segue em anexo a declaração de autorização e apoio institucional para a participação no programa assinada pelo Presidente do Conselho de Administração da Unidade de Saúde, de acordo com o Anexo III do Regulamento.

**Nome do elemento responsável pela candidatura:**

Email:

Função:

Telefone:

Assinatura:

Data:

**Informação geral:**

A candidatura:

* Tem um máximo de 5 páginas mais um anexo (declaração de autorização e apoio institucional para a participação no programa assinada pelo Presidente do Conselho de Administração da Unidade de Saúde (minuta no Anexo III do Regulamento)).
* É submetida em *word* e em pdf.
* É enviada para o email: concursosaicib@aicib.pt, com o assunto: PROGRAMA AICIB/APAH 2024\_ (acrónimo da unidade de saúde)\_candidatura, até às 23:59h do dia 04/10/2024.