**SOLICITUD DE 2018 – SUBPROGRAMA B**

**AYUDAS PARA EL DESARROLLO DE PROYECTOS DE INNOVACIÓN CONJUNTOS ENTRE INVESTIGADORES DE LA UNIVERSITAT POLITÈCNICA DE VALÈNCIA E INVESTIGADORES DEL HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÉCNIC/ INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA LA FE**

**TÍTULO DEL PROYECTO DE INNOVACIÓN:**

**ACRÓNIMO:**

|  |  |
| --- | --- |
| **ÁREA TECNOLÓGICA (Marcar la que corresponda)**Elija un elemento. | **ÁREA CLÍNICA (Marcar la que corresponda)** Elija un elemento. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Investigador Responsable UPV** | **Investigador Responsable HUP/IIS La Fe** |
| Nombre:      DNI:      Email:      Teléfono:      Grupo/Estructura de Investigación:      Firma:      | Nombre:      DNI:      Email:      Teléfono:      Grupo/Estructura de Investigación:      Firma:      |

**Composición del Equipo Investigador:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Investigador** | **Grupo/Estructura de Investigación** | **Institución** | **Tipo de vinculación** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Exponer y explicar el Proyecto de Innovación y sus actividades preparatorias, en una extensión**

 **máxima de DIEZ páginas, pudiendo incluir los gráficos e imágenes necesarias.**

1) **Resumen** *(breve resumen no confidencial del Proyecto de Innovación a desarrollar).*

2) Indique los **objetivos del proyecto** y el **problema a resolver o necesidad clínica**.

3) **Identificación de los resultados de partida**, indicando su estado de desarrollo y protección. En el caso de invenciones patentables y software, revise si está registrado en su OTRI. Indique TRL del resultado de partida.

4) **Plan de Trabajo, cronograma, e identificación de riesgos y plan de contingencia** *(descripción detallada de las tareas para las cuales se solicita financiación; han de ser realistas, ajustándose al tiempo estipulado e indicándose con detalle qué colaborador realiza o es responsable de cada una de ellas*).

5) Indique los **entregables** previstos como resultado del proyecto tales como guía clínica, prototipo, patente, contrato de transferencia, software, solicitud de proyecto a organismo financiador, etc.

6) **Presupuesto** **solicitado**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONCEPTO** | **IMPORTE SOLICITADO** | **JUSTIFICACIÓN Y OBSERVACIONES** |
| Personal contratado (indicar la institución que contrata, UPV o La FE) |  |  |
| Subcontrataciones y asistencia técnica |  |  |
| Material fungible |  |  |
| Material inventariable |  |  |
| Viajes y dietas |  |  |
| TOTAL |  |  |

7) Descripción de las **características innovadoras y diferenciadoras del producto o servicio** derivado de los resultados del proyecto. Incluya la capacidad para generar mejoras en la prevención/diagnóstico/tratamiento de enfermedades.

8) **Dependencias tecnológicas, de infraestructura y de formación especializada para introducir en el mercado el futuro producto o servicio.**

9) **Impacto social y económico previsible**. Indique el ahorro de costes para el sistema sanitario. Indique si existe aplicabilidad en otras patologías/áreas clínicas/áreas tecnológicas.

10) Definir brevemente la **forma de explotar la tecnología**: etapas y tiempos para llevarla hasta la práctica clínica (incluyendo los aspectos regulatorios), así como la inversión económica necesaria y posibles licenciatarios de la tecnología.

11) **Indique si el equipo investigador ha sido beneficiario de una ACCIÓN PREPARATORIA en el marco de alguna convocatoria del Programa UPV-La Fe. Detalle año de la convocatoria y el título del proyecto**.

12) **Aspectos éticos del proyecto**:

a) Si el proyecto o un proyecto similar **ya ha sido evaluado** por el Comité Ético. Por favor indique:

a.1) ¿Ha presentado este mismo estudio, anteriormente, en el IIS La Fe para su evaluación por parte del Comité Ético? [ ]  SÍ Referencia IIS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  NO

a.2) ¿Ha presentado un estudio similar, anteriormente, en el IIS La Fe para su evaluación por parte del Comité Ético? [ ]  SÍ Referencia IIS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  NO

b) Si el proyecto **no ha sido evaluado** por el Comité Ético. Por favor indique sus características:

b.1) Reclutamiento prospectivo de pacientes: [ ]  SÍ [ ]  NO

NOTA: En caso que**, sí contemple el reclutamiento de pacientes**, el proyecto será evaluado por el **Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIm La Fe).**

b.2) Recogida retrospectiva de datos de historias clínicas / muestras: [ ]  SÍ [ ]  NO

NOTA: En caso que, sí **contemple recogida de datos de HC / muestras**, el proyecto será evaluado por el **Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIm La Fe).**

b.3) Investigación con animales: [ ]  SÍ [ ]  NO

NOTA: En caso que, sí **contemple investigación con animales**, el proyecto será evaluado por el **Comité de Ética Animal (CEEA)**

b.4) Cesión/solicitud de muestras de biobanco: [ ]  SÍ [ ]  NO

NOTA: En caso que, sí **cesión/solicitud de muestras al Biobanco**, el proyecto será evaluado por el **Comité de Ética Externo de Biobancos y Colecciones de Investigación (CEBCI).**

b.5) Investigación con productos sanitarios: [ ]  SÍ [ ]  NO

NOTA: En caso que, sí **contemple investigación con productos sanitarios**, el proyecto será evaluado por el **Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIm La Fe)**.

b.6) Investigación con medicamentos: [ ]  SÍ [ ]  NO

NOTA: Si el proyecto **contempla investigación con medicamentos**, este será evaluado por el **Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIm La Fe).**

*En el caso de que el proyecto se conceda y necesite la aprobación de un Comité de Ética, se le solicitará la metodología del mismo, además de otra documentación adicional.*