 **Formulario di sottomissione**

Studio di fattibilità

|  |
| --- |
| **Titolo dello studio di fattibilità** |
|       |
| **Parole Chiave**5 parole chiave che descrivono il suo progetto |
|       |
| **Tematiche**Classifichi il suo progetto tra i seguenti temi:  |
|[ ]  Comunicazione |[ ]  Tempo libero |
|[ ]  Viaggiare |[ ]  Responsabilità |
|[ ]  Educazione |[ ]  Cura personale e della salute |
|[ ]  Abitazione |  |  |
|[ ]  Altre tematiche:*Alimentazione, Fitness e benessere psicologico, Relazioni interpersonali, Comunità e vita spirituale, Lavoro, ecc.* |
|  | *Specificare le altre tematiche pertinente*:       |
| **Disabilità riguardata** |
|[ ]  Autismo e Disturbi Pervasivi dello Sviluppo |[ ]  Disabilità psicologica |
|[ ]  Disabilità uditiva |[ ]  Disabilità visiva |
|[ ]  Disabilità mentale |[ ]  Plurihandicap |
|[ ]  Disabilità motoria |[ ]  Disabilità multipla |
|[ ]  Altre disabilità riguardate |
|  | *Specificare la o le disabilità pertinente:*       |
| **Problema da risolvere**Descriva il problema che vuole risolvere e e i beneficiari (il pubblico target). (max. 1000 caratteri) |
|       |
| **Descrizione dell'idea**Descriva l'originalità e la rilevanza del suo progetto. (max. 2000 caratteri) |
|       |
| **Metodologia proposta**Descriva la metodologia e come gli utenti parteciperanno al processo di co-costruzione. (max. 1000 caratteri) |
|       |
| **Obiettivi del progetto**Descrivete gli obiettivi e i risultati attesi (deliverable), il seguito del vostro progetto (prospettive e ricadute pratiche) così come il suo impatto a lungo termine, compreso il numero di persone potenzialmente toccate. (max. 1000 caratteri) |
|       |
| **Illustrazione (opzionale)**Alleghi illustrazione(i) (per esempio disegno, video, stampa 3D) del progetto, se disponibile. |
|  |
| **Considerazioni etiche**Descriva come vengono garantiti la moralità, la partecipazione e il consenso informato dei partecipanti al progetto e la riservatezza dei dati. Specifichi se il suo progetto è coperto dalla legge federale sulla ricerca umana (LRUm). (max. 1000 caratteri) |
|       |
| Questo progetto deve essere sottoposto ad una commissione etica? |[ ]  Si |[ ]  No |
| Commenti (max. 500 caratteri) :       |
| **Riferimenti**Citi i riferimenti usati per la stesura del suo progetto (revisione della letteratura, libro, sito web, ecc.). |
|       |
| **Budget (maximum CHF 5'000.-)**Descriva come è stata pianificata la remunerazione di tutti i membri del team. |
| *Descrizione* | *Costo unitario* | *Quantità* | *Total* |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|  |  | TOTAL |       |
| **Tipo di finanziamento**Per quanto riguarda il finanziamento di questo progetto, è un finanziamento aggiuntivo? |
|[ ]  No |
|[ ]  Sì, referenza del finanziamento aggiuntivo:       |

|  |
| --- |
| **Commenti sul budget o sul finanziamento** (max. 2000 caratteri) |
|       |

**Team**

Per la composizione dei team si prendono in considerazione i seguenti elementi nella valutazione delle proposte:

* Minimo 4 persone
* È obbligatoria la partecipazione di almeno una persona con una disabilità o malattia legata al tema.
* È obbligatoria la multidisciplinarietà (tecnica, sociale, sanitaria, economica, ecc.) e la diversità (genere, età, formazione) del team.

*Osservazioni:*

* Un genitore o un’altra persona può accompagnare una persona con disabilità, se necessario. Quest’ultimo sarà poi parte integrante dei membri del team
* Se la sua idea riguarda indirettamente persone con disabilità, cioè l’utente finale sarà un assistente e non una persona con disabilità, allora è possibile deviare dalla regola. Deve motivare la sua decisione.
* Gli studenti delle università e degli istituti federali di tecnologia non possono rappresentare un partner accademico.

|  |
| --- |
| **Responsabile di progetto (Membro 1)** |
| Nome dell'organizzazione |       |
| Tipo di organizzazione | Azienda[ ]  | Associazione[ ]  | Accademico[ ]  | Persona individuale[ ]  | Altro :       |
| Nome |       | Cognome |       |
| Genere  | Uomo[ ]  | Donna[ ]  | Non binario[ ]  | Altra identità di genere (compilare se necessario):       |
| Età |       |
| Formazione o occupazione |       |
| Disabilità | No [ ]  | Si (specifica) :       |
| Indirizzo |       |
| CAP e città |       |
| Telefono |       |
| E-Mail |       |
| **Membro 2** |
| Nome dell'organizzazione |       |
| Tipo di organizzazione | Azienda[ ]  | Associazione[ ]  | Accademico[ ]  | Persona individuale[ ]  | Altro :       |
| Nome |       | Cognome |       |
| Genere  | Uomo[ ]  | Donna[ ]  | Non binario[ ]  | Altra identità di genere (compilare se necessario):       |
| Età |       |
| Formazione o occupazione |       |
| Disabilità | No [ ]  | Si (specifica) :       |
| **Membro 3** |
| Nome dell'organizzazione |       |
| Tipo di organizzazione | Azienda[ ]  | Associazione[ ]  | Accademico[ ]  | Persona individuale[ ]  | Altro :       |
| Nome |       | Cognome |       |
| Genere  | Uomo[ ]  | Donna[ ]  | Non binario[ ]  | Altra identità di genere (compilare se necessario):       |
| Età |       |
| Formazione o occupazione |       |
| Disabilità | No [ ]  | Si (specifica) :       |
| **Membro 4** |
| Nome dell'organizzazione |       |
| Tipo di organizzazione | Azienda[ ]  | Associazione[ ]  | Accademico[ ]  | Persona individuale[ ]  | Altro :       |
| Nome |       | Cognome |       |
| Genere  | Uomo[ ]  | Donna[ ]  | Non binario[ ]  | Altra identità di genere (compilare se necessario):       |
| Età |       |
| Formazione o occupazione |       |
| Disabilità | No [ ]  | Si (specifica) :       |
| **Membro 5 (facoltativo)** |
| Nome dell'organizzazione |       |
| Tipo di organizzazione | Azienda[ ]  | Associazione[ ]  | Accademico[ ]  | Persona individuale[ ]  | Altro :       |
| Nome |       | Cognome |       |
| Genere  | Uomo[ ]  | Donna[ ]  | Non binario[ ]  | Altra identità di genere (compilare se necessario):       |
| Età |       |
| Formazione o occupazione |       |
| Disabilità | No [ ]  | Si (specifica) :       |
| **Membro 6 (facoltativo)** |
| Nome dell'organizzazione |       |
| Tipo di organizzazione | Azienda[ ]  | Associazione[ ]  | Accademico[ ]  | Persona individuale[ ]  | Altro :       |
| Nome |       | Cognome |       |
| Genere  | Uomo[ ]  | Donna[ ]  | Non binario[ ]  | Altra identità di genere (compilare se necessario):       |
| Età |       |
| Formazione o occupazione |       |
| Disabilità | No [ ]  | Si (specifica) :       |
| **Membro 7 (facoltativo)** |
| Nome dell'organizzazione |       |
| Tipo di organizzazione | Azienda[ ]  | Associazione[ ]  | Accademico[ ]  | Persona individuale[ ]  | Altro :       |
| Nome |       | Cognome |       |
| Genere  | Uomo[ ]  | Donna[ ]  | Non binario[ ]  | Altra identità di genere (compilare se necessario):       |
| Età |       |
| Formazione o occupazione |       |
| Disabilità | No [ ]  | Si (specifica) :       |
| **Membro 8 (facoltativo)** |
| Nome dell'organizzazione |       |
| Tipo di organizzazione | Azienda[ ]  | Associazione[ ]  | Accademico[ ]  | Persona individuale[ ]  | Altro :       |
| Nome |       | Cognome |       |
| Genere  | Uomo[ ]  | Donna[ ]  | Non binario[ ]  | Altra identità di genere (compilare se necessario):       |
| Età |       |
| Formazione o occupazione |       |
| Disabilità | No [ ]  | Si (specifica) :       |
| *Per i membri addizionali, si prega di fornire le loro informazioni di contatto qui sotto* |
|       |
| **Commenti sulla composizione del team**(max. 2000 caratteri) |
|       |

**Partenariati**

Consigliamo al team di avere un partner di implementazione e un partner accademico fin dalle prime fasi del progetto. Questo aumenta il potenziale del progetto, specialmente la sua capacità di ottenere supporto finanziario da Innosuisse.

|  |
| --- |
| **Partner di implementazione**Con quale partner di implementazione pensa di sviluppare il suo progetto ? |
| Tipo | Azienda[ ]  | Associazione[ ]  | Accademico[ ]  | Persona individuale[ ]  | Altro :       |
| Nome dell'organizzazione (se non individuale) |       |
| Nome della persona di contatto |       | Cognome |       |
| Partenariato previsto [ ]  | Partenariato confermato [ ]  |
| **Partner accademico**Con quale partner accademico pensa di sviluppare il suo progetto ? |
| Nome dell'organizzazione (se non individuale) |       |
| Nome della persona di contatto |       | Cognome |       |
| Partenariato previsto [ ]  | Partenariato confermato [ ]  |

**Firma**

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e data |       |
| Responsabile del progetto(nome e cognome) |       |
| Firma | Insérez votre signature électronique |