**Formulario di sottomissione**

Prototipo

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Titolo del prototipo** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **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:* | | | | | | | | | | | | |
| **Descrizione del prototipo**  Descriva il suo prototipo in modo sintetico.  (max. 2000 caratteri) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Contesto**  Descriva il contesto (in particolare il pubblico target) in cui il prototipo sarà sviluppato. Posizionare il suo prototipo in relazione a prodotti o servizi esistenti. Presenti il lavoro preliminare (risultati) su cui basa il suo progetto. Descriva le difficoltà sociali e/o tecniche da superare. Descriva l'impatto previsto a lungo termine, incluso il numero di persone potenzialmente interessate.  (max. 3000 caratteri) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Tipo di prototipo** | | | | | | | | | | | | | |
| Oggetto | | | Software (digitale) | Servizio (processo) | | | | | Altro (specificare): | | | | |
| **Scopo del prototipo nel progetto generale** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Valutazione funzionale | |  | Valutazione dell'uso | | | | | | | | |
|  | | Valutazione estetica | |  | Valutazione della fabbricabilità | | | | | | | | |
|  | | Valutazione economica | |  | Comunicazione | | | | | | | | |
| Altro : | | | | | | | | | | | | | |
| **Conoscenza necessaria**  Descriva quali conoscenze (esperti) saranno necessari per creare il suo prototipo.  (max. 1000 caratteri) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Metodologia proposta**  Descrivere la metodologia di prototipazione e gli strumenti che si desidera utilizzare.  (max. 1000 caratteri) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Processo di co-costruzione**  Descrivere come gli utenti parteciperanno al processo di co-costruzione.  (max. 1000 caratteri) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Potenziale per un progetto Innosuisse**  Spieghi il potenziale del suo progetto per un finanziamento Innosuisse, dopo un assegno del Innovation Booster (grado di innovazione, creazione di valore e sostenibilità).  (max. 1000 caratteri) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Schizzo (opzionale)**  Alleghi il primo schizzo(i) del prototipo del suo progetto se disponibile (per esempio disegno, video, stampa 3D) | | | | | | | | | | | | | |
| **Shape  Description automatically generated with low confidence** | | | | | | | | | | | | | |
| **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) : | | | | | | | | | | | | | |
| **Altri commenti**  (max. 2000 caratteri) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Budget (maximum CHF 10'000.-)**  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 |