

**RAPPORT INITIAL**CONTRAT DE RECHERCHE: DR/.../...

DATE DE DÉBUT: …/.../... DATE DE FIN: …/.../...

ACRONYME DU PROJET :

TITRE DU PROJET:

EQUIPE (avec indication de l’Institution et de l’unité de recherche) :

COORDINATEUR (si d’application):

PROMOTEUR(S):

DATE: ../../....

**PROGRAMME FÉDÉRAL   
DE RECHERCHES DROGUES**

|  |
| --- |
| Conformément aux dispositions de l'article 6.2 de l'annexe technique au contrat de recherche, ce rapport initial comporte les informations suivantes:   * la liste nominative du personnel à charge et à disposition du PROJET * la liste des conventions et contrats conclus ou en voie de conclusion par l'équipe dans le domaine du PROJET * la liste des équipements mis à la disposition du projet * une description de l'état de la connaissance, dans le domaine du PROJET, au sein du RESEAU de recherche. Cette partie n'est à compléter que par le coordinateur dans son propre rapport initial. Les autres promoteurs du RESEAU communiquent à ce dernier toute information utile à cet effet.   Le rapport initial est à remplir par chaque promoteur du RESEAU, en ce compris le COORDINATEUR. Ce dernier se charge de rassembler les rapports initiaux des membres de son réseau ainsi que les pièces justificatives nécessaires et les communique par courrier électronique à l'administrateur de programme ET au secrétariat en version Word. |

**1. Liste nominative du personnel qui est à charge où à disposition du PROJET**

**1.1 Promoteur(s)**

*Copier/coller ce tableau autant de fois qu'il y a de promoteurs au sein de la même INSTITUTION de recherche*

|  |
| --- |
| Nom:  Fonction:  Insitution  Département  Adresse:  Téléphone:  E-mail:  www: |

**1.2 Personnel à charge du projet**

*Copier/coller ces informations autant de fois que nécessaire*

|  |
| --- |
| Nom:  Fonction:  Téléphone:  E-mail:  Nom:  Fonction:  Téléphone:  E-mail:  … |

**Pour chaque personne mentionnée ci-dessus, joignez au présent rapport initial et sous forme électronique en format PDF:**

Copie du contrat d'emploi

Copie de l'attestation d'ancienneté éventuelle

Copie de l'attestation du pécule de vacances payé par l'employeur précédent

|  |
| --- |
| **PERSONNEL**  **1.1**  **Personnel en charge du projet** |
| Nom du promoteur : Institution : |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOURCE DU FINANCEMENT** | | | | | | |
| **Politique scientifique fédérale** | | | | | | **Autres** |
| **Nom** | **Nationalité** | **Sexe** | **Date de Naissance** | **Diplôme** | **Année d’obtention** | **Statut** | **Temps d’occupation dans l’institution (en %)** | **Temps d'implication dans le projet (en %)** | **% de financement** | **Type de contrat de travail** | **Date de début du contrat** | **Date de fin du contrat** | **Traitement annuel brut** | **Pécule de vacances** | **Nom de la (des) autre(s)**  **source(s) de financement** | **Remarques** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**1.2 Personnel non à charge mais à disposition du projet**

|  |
| --- |
| Nom:  Fonction:  Téléphone:  E-mail:  www: |

|  |
| --- |
| Nom:  Fonction:  Téléphone:  E-mail:  www: |

**1.3 Personne de contact du service personnel et financier de l’institution du promoteur**

**Service du personnel**

|  |
| --- |
| Nom:  Fonction:  Adresse:  Téléphone:  E-mail: |

**Service financier**

|  |
| --- |
| Nom:  Fonction:  Adresse:  Téléphone:  E-mail: |

**2. CONVENTION, CONTRAT, BREVET**

*Conventions ou contrats de recherche et de valorisation des résultats et/ou brevets qui lient l’institution ou qui sont en voie de conclusion dans le domaine de recherche du projet*

*Copier/coller ces informations autant de fois que nécessaire*

|  |
| --- |
| Commanditaire :  Titre du projet:  Objet :  Durée : |

**3. DESCRIPTION DE L’ETAT DE LA CONNAISSANCE**

*Indiquez ici les recherches menées ces 5 dernières années par le partenaire dans le domaine du projet (max. 2 pages)*

**4. EQUIPEMENT**

*L’équipement nécessaire à l’exécution du projet et dont l’acquisition est prévue à charge du budget*

|  |
| --- |
| Type d’équipement :  Date de l’acquisition :  Prix : |

|  |
| --- |
| Type d’équipement :  Date de l’acquisition :  Prix : |