

**BANDI
GILEAD**

**Dall'idea
alla realtà**

2024

13^a EDIZIONE

**Fellowship
PROGRAM**
SUPPORTING RESEARCH
TO ADVANCE PATIENT CARE



Guida per la presentazione

Fellowship Program 2024

Indice

- Avvertenze prima di iniziare pag. 3
- Registrazione e credenziali di accesso pag. 5
- Presentazione progetto pag. 15

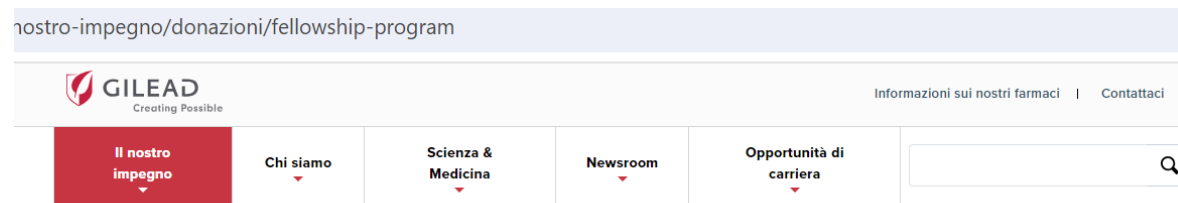


Avvertenze prima di iniziare



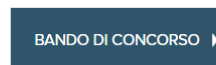
Avvertenze

- Per partecipare al bando e presentare un progetto si prega di:
 1. Prendere visione del **Bando**
 2. Leggere attentamente la presente **“Guida per la presentazione”**
 3. Prendere visione della **Convenzione**
 4. Procedere alla creazione delle credenziali di accesso e iniziare la presentazione del progetto attraverso il Modulo di presentazione
 5. Perché la partecipazione al concorso possa essere ritenuta valida, oltre al Modulo di presentazione dovranno essere compilati il **Modulo di presentazione integrativo** e la **Dichiarazione Etica** entrambi da inserire all'interno del Modulo di presentazione. La mancata compilazione comporterà l'esclusione del progetto dal bando.
- **La compilazione completa del Modulo di presentazione, della Dichiarazione etica e del Modulo di presentazione integrativo dovrà avvenire entro e non oltre le h. 12.00 del giorno 24 aprile 2024. La mancata compilazione entro questa data, in una o più parti, determinerà l'esclusione del Progetto dal bando.**



Fellowship Program

Bando di concorso destinato a sostenere l'ideazione e la realizzazione di progetti di natura scientifica o socio-sanitaria, finalizzati a favorire il raggiungimento degli obiettivi di salute pubblica e a migliorare gli esiti della malattia e la qualità di vita dei pazienti affetti da infezione da HIV, epatopatie virali croniche, infezioni fungine invasive, patologie oncologiche, patologie oncoematologiche.



Candidatura al bando

Per partecipare al bando è necessario consultare e compilare i seguenti documenti. Una volta compilati, andranno inseriti nel form online di compilazione della domanda presente al link sopra.

- Convenzione Fellowship
- Modulo integrativo Fellowship
- Dichiarazione etica Fellowship
- Ethical Toolkit

Per informazioni o problemi tecnici: info@fellowshipprogram.it



Registrazione e credenziali di accesso



Registrazione

- Per poter partecipare al Fellowship Program, è necessario dotarsi delle credenziali di accesso selezionando il pulsante REGISTRATI posizionato in fondo a sinistra alla pagina della partecipazione al bando.
- Selezionando il pulsante, verrà chiesto di compilare il form di registrazione composto da quattro sezioni (vd. slide successive):
 1. Informazioni Ente partecipante
 2. Informazioni Responsabile progetto
 3. Credenziali di accesso al profilo
 4. Trattamento dei dati personali

GILEAD
Creating Possible

Richieste di finanziamento

Italian

Nuovo utente:

Registrati

Utente registrato:

name@example.com
sere.dechellis@gmail.com

Password
.....

Invia

[Recupera password](#)

ATTENZIONE: Questo sito web è ospitato su server situato negli Stati Uniti



Form di registrazione

1. Informazioni Ente partecipante

Apply for a Grant – Latin America

https://www.gilead.com/purpose/giving/grant-funding/apply-latin-america-and-caribbean

Nel caso in cui i testi vengano visualizzati in inglese, verificare che la lingua del browser con cui si sta navigando sia l'inglese e non l'italiano

Registrazione nuovo utente

繁 英 西 法 德 意 葡

Informazioni Ente partecipante

Nota: se si seleziona una preferenza diversa per la lingua, quando la pagina si aggiorna il contenuto del modulo riportato di seguito viene cancellato. Scegliere quindi la preferenza della lingua prima di immettere i dettagli nel modulo riportato di seguito.

Qual è il paese in cui è stato costituito l'Ente partecipante?*

Italia

Nome legale Ente partecipante*

Questo campo è obbligatorio.

Indirizzo*

Questo campo è obbligatorio.

Indirizzo 2

Città*

Questo campo è obbligatorio.

Provincia

Codice postale*

Form di registrazione

1. Informazioni Ente partecipante

Apply for a Grant – Latin America x

https://www.gilead.com/purpose/giving/grant-funding/apply-latin-america-and-caribbean

Gilead welcomes Daniel O'Day, Chairman and Chief Executive Officer

Registrazione nuovo utente

Indirizzo 2

Città*

Questo campo è obbligatorio.

Provincia

Codice postale*

Regime fiscale: selezionare esclusivamente «Ente no profit o altro» tra le opzioni proposte

Questo campo è obbligatorio.

Sito web*

www.example.com

Regime fiscale*

Questo campo è obbligatorio.

Identificatore di organizzazione unico

Informazioni Responsabile Progetto



Form di registrazione

2. Informazioni Responsabile progetto

Recap File and payments x Apply for a Grant – North Americ x

https://www.gilead.com/purpose/giving/grant-funding/apply-north-america

New users: Registered users:

Registrazione nuovo utente

繁 英國 加拿大 法國 德國 意大利 越南

Informazioni Responsabile Progetto

Dettagli Responsabile progetto come quelli dell'Ente partecipante?

Titolo e qualifica del Responsabile progetto* !

This field is required.

Nome* !

This field is required.

Cognome* !

This field is required.

Nome istituto/dipartimento/gruppo (all'interno dell'organizzazione suddetta)* !

This field is required.

Titolo* !



Form di registrazione

2. Informazioni Responsabile progetto

Recap File and payments x Apply for a Grant – North Americ x +

https://www.gilead.com/purpose/giving/grant-funding/apply-north-america

New users: Registered users:

Registrazione nuovo utente

繁 英國 加拿大 法國 德國 意大利 巴西

Titolo

This field is required.

Tipo Ente*

This field is required.

Indirizzo*

This field is required.

Indirizzo 2

Città*

This field is required.

Codice postale*

This field is required.

Paese*

Form di registrazione

2. Informazioni Responsabile progetto

Apply for a Grant – North America

https://www.gilead.com/purpose/giving/grant-funding/apply-north-america

New users: Registered users:

Registrazione nuovo utente

繁 英國 加拿大 法國 德國 意大利 西班牙

Paese*

This field is required.

Telefono*

This field is required.

Cellulare

Referente amministrativo: inserire le informazioni relative al referente (persona/ufficio) dell'Ente partecipante a cui Gilead Sciences, in caso di assegnazione del premio, dovrà inviare la comunicazione di tale assegnazione e con cui dovrà gestire la fase di compilazione e firma della Convenzione di cui all'art. 11 del Bando (ad es. ufficio amministrativo, ufficio legale, altro)

E-mail*

This field is required.

Nome referente amministrativo*

This field is required.

Cognome referente amministrativo*

This field is required.

Titolo e qualifica professionale del referente amministrativo*

Form di registrazione

3. Credenziali di accesso al profilo

Apply for a Grant – North America

https://www.gilead.com/purpose/giving/grant-funding/apply-north-america

New users: Registered users:

Registrazione nuovo utente

Titolo e qualifica professionale del referente amministrativo*

This field is required.

Password

La tua password deve contenere almeno 6 caratteri e includere almeno un carattere maiuscolo, un carattere minuscolo e un numero.

Password*

Password (Confirm)*

Trattamento dei dati personali

La compilazione completa del presente Modulo di presentazione implica per il Responsabile progetto che partecipa il consenso all'elaborazione dei suoi dati personali inseriti nel Modulo e la conferma che dispone dei diritti e/o delle autorizzazioni per fornire tali dati a Gilead. Gilead e le sue consociate si impegnano a utilizzare tali dati ai fini di condurre verifiche di due diligence. Il Responsabile progetto partecipante acconsente inoltre a essere contattato da parte di Gilead ai fini della revisione del Modulo e per la comunicazione



Form di registrazione

4. Trattamento dei dati personali

Apply for a Grant – North America

https://www.gilead.com/purpose/giving/grant-funding/apply-north-america

5. Review and Finalize Your Application

Please review your application carefully before submitting it, as

Registrazione nuovo utente

Trattamento dei dati personali

La compilazione completa del presente Modulo di presentazione implica per il Responsabile progetto che partecipa il consenso all'elaborazione dei suoi dati personali inseriti nel Modulo e la conferma che dispone dei diritti e/o delle autorizzazioni per fornire tali dati a Gilead. Gilead e le sue consociate si impegnano a utilizzare tali dati ai fini di condurre verifiche di due diligence. Il Responsabile progetto partecipante acconsente inoltre a essere contattato da parte di Gilead ai fini della revisione del Modulo e per la comunicazione dei risultati delle verifiche di due diligence.

I dati forniti dal Responsabile progetto possono essere trasferiti a terzi per l'elaborazione esclusivamente allo scopo di condurre verifiche di due diligence. Tra i c.d. "Terzi" rientrano ad esempio i consulenti autorizzati o i fornitori di servizi di Gilead o altre aziende terze attentamente selezionate e autorizzate dalla stessa Gilead. Rivelando a detti "Terzi" i dati forniti dal Responsabile progetto, Gilead richiede ad essi la loro tutela in base a standard sostanzialmente analoghi a quelli a cui si attiene Gilead, compreso l'obbligo per tali Terzi di utilizzare tutele tecniche, amministrative e fisiche adeguate allo scopo di tutelare i dati del partecipante contro perdita, abuso o alterazione. Gilead richiede inoltre che tali Terzi si astengano dall'uso dei dati forniti dal partecipante per scopi non specificamente autorizzati da Gilead.

I dati del partecipante raccolti possono essere trasferiti, archiviati o elaborati negli Stati Uniti, paese che potrebbe essere diverso dal paese del partecipante e dall'Area Economica Europea. Inviando i propri dati personali, il partecipante acconsente al trasferimento, all'archiviazione o all'elaborazione descritti e conferma di essere in possesso dei diritti e/o delle autorizzazioni pertinenti per dare tale consenso per conto di chiunque altro i cui dati personali siano stati inclusi nel presente Modulo.

Gilead Sciences si impegna a elaborare i dati personali del partecipante in conformità all'Informativa sulla privacy Gilead, disponibile all'indirizzo <http://www.gilead.com/privacy/privacy-statement>. Nell'aderire al concorso, l'Ente partecipante garantisce a Gilead Sciences S.r.l. di aver acquisito il consenso alla comunicazione dei dati da parte del Responsabile progetto, nonché degli altri collaboratori. Titolare del trattamento dei dati è Gilead Sciences S.r.l., Via Melchiorre Gioia 26 Milano 20146 che garantisce l'esercizio dei diritti previsti dalla legge, in particolare quelli di accesso, cancellazione ed aggiornamento degli stessi. Infine, la completa compilazione del Modulo di presentazione comporta che sia l'Ente partecipante che il Responsabile progetto autorizzino alla ricezione di comunicazioni relative alle edizioni presenti, passate e future del Bando di concorso.

Acconsento al trasferimento, all'archiviazione e all'elaborazione dei dati personali che ho inserito e confermo di disporre delle autorizzazioni per fornire tali dati a Gilead.*

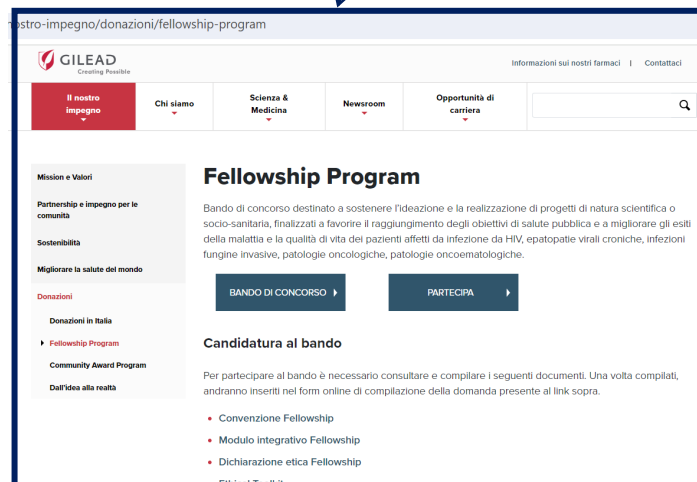
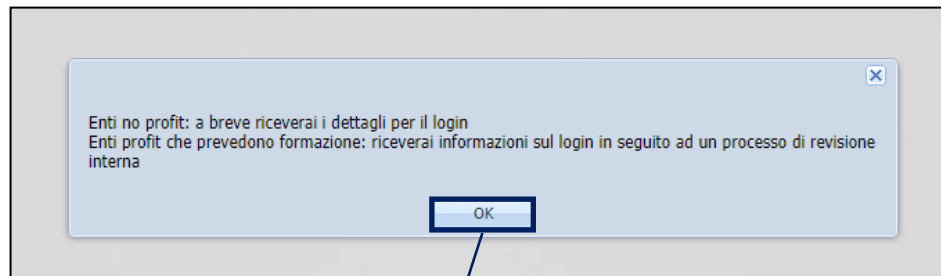
Rinunciare a ricevere le e-mail da Gilead che non sono strettamente correlate alla/e richiesta/e di sovvenzione/i?*

SALVA

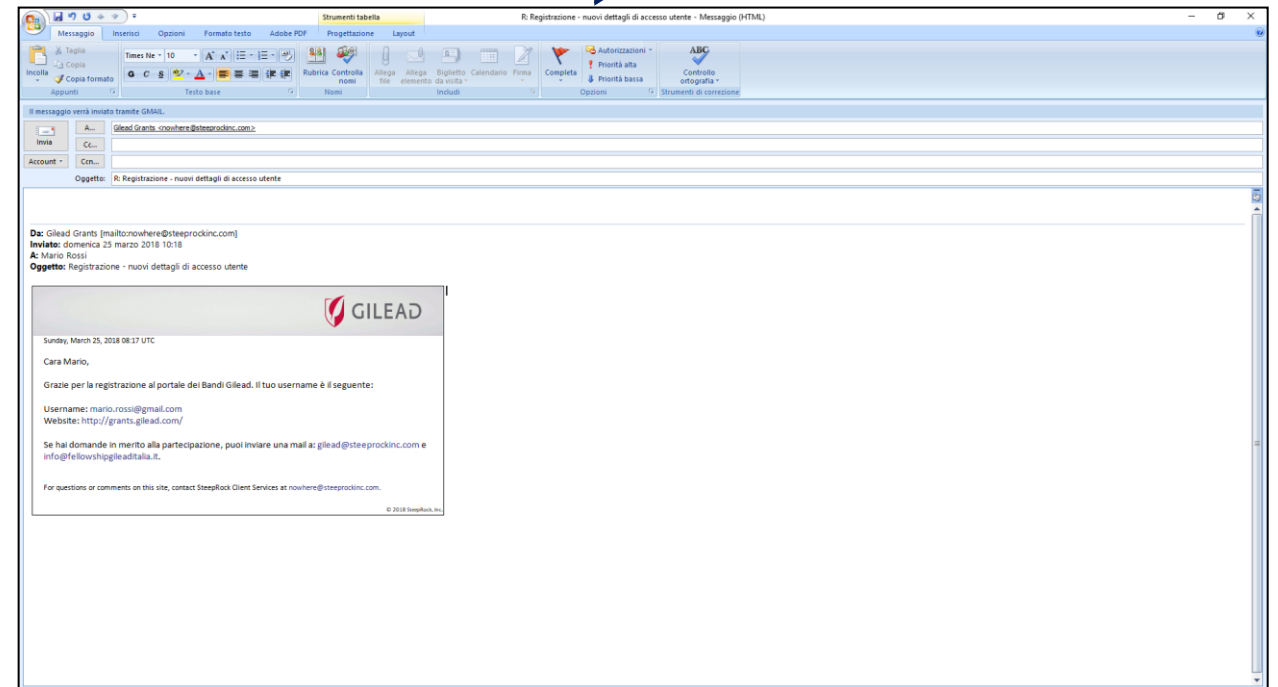
Form di registrazione

5. Comunicazione di avvenuta registrazione

- Dopo il salvataggio comparirà la comunicazione indicata qui sotto. Selezionando “ok”, sarà possibile ritornare alla pagina di partecipazione. Le credenziali per accedere al Modulo di presentazione saranno inviate all’indirizzo e-mail usato in fase di registrazione



Mail comunicazione credenziali

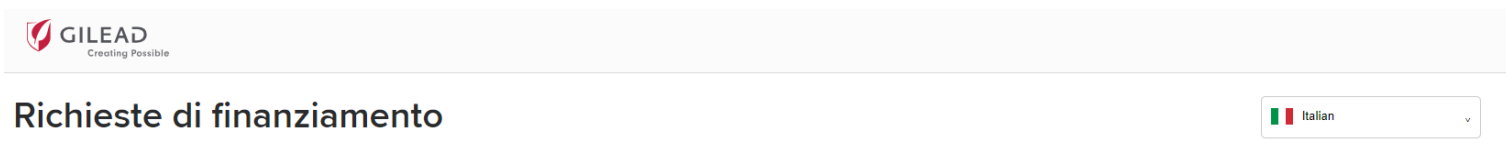


Presentazione progetto



Inizio presentazione

- Per iniziare la presentazione del progetto inserire le credenziali di accesso in fondo a destra nella pagina della partecipazione al bando
- Da lì si accederà alla piattaforma di presentazione del progetto
- Selezionando «**Partecipa – Compila il Modulo di presentazione**» si accederà al Modulo e si potrà iniziare la presentazione del progetto compilando il form che verrà visualizzato



Nuovo utente:

[Registrati](#)

Utente registrato:

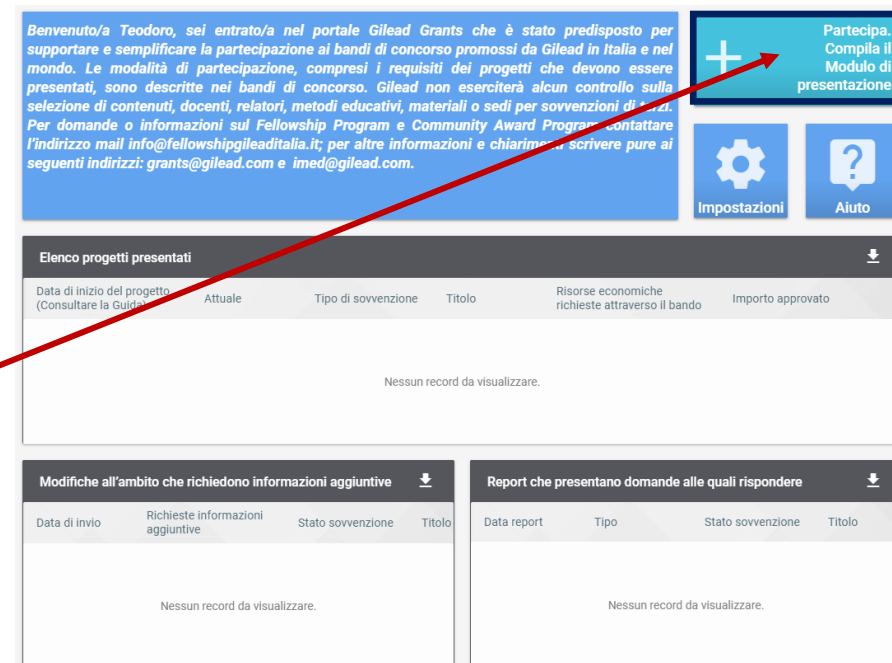
name@example.com
sere.dechellis@gmail.com

Password

[Invia](#)

[Recupera password](#)

ATTENZIONE: Questo sito web è ospitato su server situato negli Stati Uniti



Benvenuto/a Teodoro, sei entrato/a nel portale Gilead Grants che è stato predisposto per supportare e semplificare la partecipazione ai bandi di concorso promossi da Gilead in Italia e nel mondo. Le modalità di partecipazione, compresi i requisiti dei progetti che devono essere presentati, sono descritte nei bandi di concorso. Gilead non eserciterà alcun controllo sulla selezione di contenuti, docenti, relatori, metodi educativi, materiali o sedi per sovvenzioni di ricerca. Per domande o informazioni sul Fellowship Program e Community Award Program, contattare l'indirizzo mail info@fellowshipgileaditalia.it; per altre informazioni e chiarimenti scrivere pure ai seguenti indirizzi: grants@gilead.com e imed@gilead.com.

[Partecipa. Compila il Modulo di presentazione](#)

[Impostazioni](#) [Aiuto](#)

Elenco progetti presentati						
Data di inizio del progetto (Consultare la Guida)	Attuale	Tipo di sovvenzione	Titolo	Risorse economiche richieste attraverso il bando	Importo approvato	
Nessun record da visualizzare.						

Modifiche all'ambito che richiedono informazioni aggiuntive			
Data di invio	Richieste informazioni aggiuntive	Stato sovvenzione	Titolo
Nessun record da visualizzare.			

Report che presentano domande alle quali rispondere			
Data report	Tipo	Stato sovvenzione	Titolo
Nessun record da visualizzare.			

Modulo di presentazione – 1/10

Presentazione progetto

Informazioni sull'Ente partecipante

Ente partecipante*
OMNICOM

Istituto/dipartimento/gruppo*
OMNICOM

Riepilogo

Referente Gilead (se conosciuto)

Area di interesse*
Patologie virali

Area di interesse 1*
HIV/AIDS

Area di interesse 2

Area di interesse 3

Tipo di bando*
Medical Grant

Tipo di progetto*
Fellowship Program

Etichette progetto sovvenzione

SALVA COME BOZZA

INVIA A GILEAD

▲ 25 campi incompleti.

- **Area di interesse:**
 - Selezionare l'area di interesse alla quale fa riferimento il progetto che viene presentato (ad es. HIV/AIDS)
- **Area di interesse 1, 2, 3:**
 - Selezionare le eventuali altre aree di interesse alle quali fa riferimento il progetto che viene presentato. In caso il progetto si riferisca ad una sola area di interesse, andrà selezionata la stessa area selezionata precedentemente (HIV/AIDS)
- **Tipo di bando:**
 - Selezionare esclusivamente «**Medical Grant**» tra le opzioni proposte
- **Tipo di progetto:**
 - Selezionare esclusivamente «**Fellowship Program**»



Modulo di presentazione – 2/10

Informazioni sull'Ente partecipante

✓ Riepilogo

○ Progetto

○ Risorse economiche - budget

○ Informazioni aggiuntive sulle risorse economiche - budget

○ Dichiarazioni obbligatorie

○ Trattamento dei dati personali

○ Criteri anticorruzione

○ Accettazione delle condizioni e dei termini di partecipazione

○ Firma

Bando di concorso Digital Health Program?
No

Tipo di credito*
Non accreditato

Finalità del progetto*
Ricerca

Argomento principale del progetto*
AREA HIV - Modelli e percorsi gestionali in HIV, in particolare anche in considerazione dell'attuale contesto pandemico da COVID-19, per ottimizzare lo screening & linkage to care e il follow-up digitale e/o con telemedicina

Selezionare una sola tematica tra quelle disponibili

Tem (Consultare la Guida)
Generale

Titolo evento/progetto/programma*
HEALTH PROJECT

Valuta (indicare EUR)*
EUR

Risorse economiche richieste attraverso il bando*

Denaro
This field is required.

Budget totale progetto*

Denaro
This field is required.

Le risorse economiche richieste attraverso il bando superano il 33% dei ricavi dell'Ente come risultante dall'ultimo bilancio/rendiconto approvato*

SALVA COME BOZZA

INVIA A GILEAD

34 campi incompleti.

• Bando di concorso Digital Health Program:

- Il campo è mandatorio e deve essere necessariamente compilato per poter compilare i campi successivi. Selezionare esclusivamente «no»

• Tipo di credito:

- Selezionare sempre «Non accreditato»

• Finalità del progetto

- Selezionare esclusivamente «Ricerca»

• Argomento principale del progetto:

- Selezionare una tematica tra quelle proposte. (Si ricorda che le tematiche del progetto così come esplicitate nel Bando andranno inserite anche nel Modulo di presentazione integrativo)

• Risorse economiche richieste attraverso il bando:

- Indicare le risorse economiche che si prevede di richiedere al Fellowship Program per la realizzazione del progetto

• Risorse economiche previste per la realizzazione dell'intero progetto se superiori alle risorse richieste attraverso il bando*

- Indicare le risorse economiche che si prevede saranno necessarie per la realizzazione dell'intero progetto nel caso siano superiori a quelle richieste al Fellowship Program



Modulo di presentazione – 3/10

Presentazione progetto

Informazioni sull'Ente partecipante

Riepilogo

Progetto

Risorse economiche - budget

Informazioni aggiuntive sulle risorse economiche - budget

Dichiarazioni obbligatorie

Trattamento dei dati personali

Criteri anticorruzione

Accettazione delle condizioni e dei termini di partecipazione

Firma

Progetto cofinanziato?*
No

Questo progetto è già stato realizzato in passato?*

Sì

Numero partecipanti previsti oltre al Responsabile Progetto*

This field is required.

Destinatari principali/partecipanti*

This field is required.

Altri partecipanti al progetto in aggiunta ai precedenti

Altri partecipanti al progetto in aggiunta ai precedenti

Popolazione target principale del progetto*

This field is required.

Numero di individui della popolazione target principale del progetto (se disponibile/anche stimato)

SALVA COME BOZZA

INVIA A GILEAD

- **Progetto cofinanziato:**
 - In base alle risposte date nei due campi precedenti, selezionare l'opzione corrispondente (sì o no)
- **Destinatari principali/partecipanti:**
 - Selezionare «altro» in caso tra le opzioni proposte nessuna sia adatta al progetto presentato
- **Popolazione target principale del progetto:**
 - Selezionare «altro» in caso tra le opzioni proposte nessuna sia adatta al progetto presentato

Modulo di presentazione – 4/10

Informazioni sull'Ente partecipante

Riepilogo

Progetto

Risorse economiche - budget

Informazioni aggiuntive sulle risorse economiche - budget

Dichiarazioni obbligatorie

Trattamento dei dati personali

Criteri anticorruzione

Accettazione delle condizioni e dei termini di partecipazione

Firma

Numero di individui della popolazione target principale del progetto (se disponibile/anche stimato)

Popolazione target secondaria del progetto in aggiunta alla precedente

Numero di individui della popolazione target secondaria (se disponibile/ anche stimato)

Popolazione target secondaria del progetto in aggiunta alla precedente

Numero di individui della popolazione target secondaria (se disponibile/ anche stimato)

Il progetto prevede la realizzazione di un singolo evento o di un'iniziativa con una durata temporale prolungata? *

This field is required.

Data di inizio del progetto*

mm/dd/yyyy

This field is required.

Data di fine del programma/progetto*

mm/dd/yyyy

This field is required.

Area geografica del progetto*

This field is required.

Paese/I dove verrà realizzato il progetto (Nota bene: Selezionare Italia)*

This field is required.

SALVA COME BOZZA

- **Data di inizio del progetto:**
 - Indicare 01/01/2025 come data presunta di inizio progetto
- **Data di fine del progetto**
 - Indicare la data presunta in cui il progetto verrà terminato ipotizzando come data di inizio quella inserita precedentemente. Si ricorda che il progetto – come previsto dal Bando – potrà avere durata non superiore ai 12 mesi.

Modulo di presentazione – 5/10

Informazioni sull'Ente partecipante

Riepilogo

Progetto

Risorse economiche - budget

Informazioni aggiuntive sulle risorse economiche - budget

Dichiarazioni obbligatorie

Trattamento dei dati personali

Criteria anticorruzione

Accettazione delle condizioni e dei termini di partecipazione

Firma

Progetto

Descrizione sintetica del progetto*

Questo campo è obbligatorio.

Razionale del progetto e outcome scientifico atteso*

Questo campo è obbligatorio.

Obiettivi/endpoints del progetto*

Questo campo è obbligatorio.

Metodologia per condurre il progetto e attività previste con relative tempistiche*

Questo campo è obbligatorio.

Risultati previsti e metodologia e parametri utilizzati per l'analisi dei risultati e dell'efficacia

Questo campo è obbligatorio.

Informazioni aggiuntive relativamente al progetto non fornite in precedenza. Tra queste: strategia di divulgazione dei risultati

SALVA COME BOZZA

INVI A GILEAD

Documenti da allegare (Consultare la Guida)

Descrizione

• «Documenti da allegare» - si raccomanda di allegare tutti i seguenti documenti sulla base di quanto stabilito dal Bando di concorso e di nominarli come indicato di seguito:

- A. Curriculum vitae del Responsabile progetto e dei Co-responsabili progetto coinvolti nella realizzazione del progetto presentato - (**A_CVRespCognomeNome, A1_CVCognomeNome, A2_CV_CognomeNome...**)
- B. Per gli Enti privati: copia semplice dell'atto costitutivo e dello statuto, solo nei casi in cui **a.** l'Ente partecipi al Bando per la 1° volta oppure **b.** l'Ente abbia già partecipato al Bando ma nell'ultimo anno è cambiato l'assetto amministrativo della struttura partecipante - (**B1_Atto costitutivo; B2_Statuto**)
- C. Progetto - (**C_Progetto**)
- D. Budget complessivo per la realizzazione del progetto secondo quanto indicato nella relativa sezione a seguire (Risorse economiche – budget) – (**D_ProspettoCosti**)
- E. Modulo di presentazione integrativo compilato da scaricare dalla pagina di partecipazione (**E_CognomeNome_ModuloIntegrativo**)
- F. Dichiarazione etica compilata da scaricare dalla pagina di partecipazione (**F_CognomeNome_DichiarazioneEtica**)
- G. Ultimo Bilancio di esercizio approvato e depositato dall'Ente partecipante

Modulo di presentazione – 6/10

Nessun record da visualizzare.

Risorse economiche - budget

In questa sezione è richiesto di inserire, voce per voce, i costi che si prevede verranno sostenuti per la realizzazione del progetto e il relativo importo a copertura di tali costi che viene richiesto attraverso il bando. In caso di progetto cofinanziato, il valore del costo potrà non necessariamente coincidere con il valore dell'importo richiesto attraverso il bando. Se, infatti, una voce di costo è cofinanziata, l'importo richiesto sarà di valore inferiore. Si richiede inoltre di inviare un prospetto dei costi suddiviso per voci relativo alla realizzazione dell'intero progetto. Per un esempio del livello di dettaglio necessario, vedere l'esempio a [questo link](#). Tale prospetto dovrà essere allegato nella sezione precedente "documenti da allegare".

Per la compilazione delle voci di budget sottostanti consultare la guida.

Non potranno essere inserite:

- Spese che non sono relative alla realizzazione del progetto;
- Spese relative a farmaci necessari per il trattamento dei pazienti;
- Pagamenti o rimborsi di stipendi o benefici accessori per lo staff che all'interno dell'Ente partecipante acquista o prescrive prodotti Gilead;
- Pagamenti di onorari ad operatori sanitari coinvolti nella realizzazione del progetto che siano interni e alle dipendenze effettive dell'Ente partecipante. Per operatore sanitario si intende una figura professionale appartenente ad una delle seguenti categorie: medico (generico o specialista), farmacista e infermiere. Sono invece ammessi i pagamenti di onorari ad operatori sanitari coinvolti nella realizzazione del progetto che siano esterni all'Ente partecipante. In tal caso però la figura dovrà essere effettivamente necessaria ed appropriata al fine della piena e corretta realizzazione del progetto stesso. Le informazioni relativamente al coinvolgimento degli operatori sanitari dovranno essere inserite nel Modulo di presentazione Integrativo (Consultare la Guida).

Gestione*

Voce di spesa	Descrizione	Numero unità	Costo unità	Totale	Risorsa richiesta attraverso il bando
					EUR Valuta
					EUR Valuta
					EUR Valuta

- **Risorse economiche - budget:**
 - Inserire le informazioni nei campi obbligatori della sezione budget (contrassegnati da *). In caso non sia possibile inserire informazioni, selezionare “**Non pertinente (inserire 0 in tutti i campi)**” alla prima voce e poi il valore “0” nelle altre

Denaro

Onorari*

Gestione*

Voce di spesa	Descrizione	Numero unità	Costo unità	Totale	Risorsa richiesta attraverso il bando
					EUR Valuta
					EUR Valuta
					EUR Valuta

Questo campo è obbligatorio.

Subtotale

Denaro

Risorse economiche totali necessarie per la realizzazione del progetto

Denaro

Risorse economiche richieste attraverso il bando

Denaro



Modulo di presentazione – 7/10

Informazioni aggiuntive sulle risorse economiche - budget

Dettagli aggiuntivi sul budget se ritenuti necessari

Per la realizzazione di questo progetto, sono previsti compensi, remunerazioni e/o qualunque trasferimento di valore nei confronti di pazienti, funzionari governativi o operatori sanitari? (Consultare la Guida)

This field is required.

Nota: potrebbe essere richiesto di fornire periodicamente un report di riepilogo dei costi sostenuti, come richiesto da alcune normative a livello nazionale (vd. Ad es. Sunshine Law degli Stati Uniti). (Consultare la Guida)

Dichiarazioni obbligatorie

Per quanto le è dato sapere, uno dei proprietari/principali azionisti, direttori, funzionari, dipendenti, agenti o consulenti dell'organizzazione ha un membro della famiglia o una stretta relazione personale con un funzionario pubblico?

This field is required.

Per quanto le è dato sapere, l'organizzazione impiega attualmente o ha in programma di impiegare, in qualità di dipendente, consulente, fornitore o in qualsiasi altra funzione, un funzionario pubblico o un parente di un funzionario pubblico?

This field is required.

Per quanto le è dato sapere, l'organizzazione o uno dei suoi direttori o dirigenti si trovano nella posizione di acquistare, influenzare, consigliare o avere un impatto sull'acquisto di prodotti Gilead?

This field is required.

Per quanto le è dato sapere, una delle seguenti persone è attualmente membro di un organo decisionale che può prendere decisioni relative ai prodotti Gilead (ad esempio, un organo che si occupa di rimborsi, un comitato per le linee guida terapeutiche o un comitato per i formulari)?

i. Proprietari
ii. Amministratori fiduciari
iii. Membri del consiglio di amministrazione
iv. Qualsiasi altro rappresentante che sia nella posizione di prendere decisioni per conto dell'organizzazione
v. Qualsiasi altro rappresentante collegato a questa assistenza

This field is required.

Per quanto le è dato sapere, l'organizzazione, le persone giuridiche che l'hanno preceduta o uno dei suoi attuali o ex proprietari, direttori, funzionari o altri dipendenti è stato condannato, accusato o incriminato, indagato o accusato (pubblicamente o privatamente) di una violazione o potenziale violazione di leggi in materia di corruzione, frode, evasione fiscale, controllo delle esportazioni o antitrust?

SALVA COME BOZZA

INVIA A GILEAD

▲ 40 campi incompleti.

- **Risorse economiche - budget:**

- Eventuali informazioni aggiuntive potranno essere inserite nel campo “*Dettagli aggiuntivi sul budget se ritenuti necessari*”. In caso non ve ne sia la necessità, inserire “*Nessun dettaglio aggiuntivo*”
- Nel campo “*Per la realizzazione di questo progetto sono previsti compensi...*”, selezionare sempre “*No*”
- Compilare la sezione «*Dichiarazioni obbligatorie*» in base alla rispondenza tra quanto richiesto e il Responsabile progetto e l'Ente partecipante



Modulo di presentazione – 8/10

Trattamento dei dati personali

La compilazione completa del presente Modulo di presentazione implica per il Responsabile progetto che partecipa il consenso all'elaborazione dei suoi dati personali inseriti nel Modulo e la conferma che dispone dei diritti e/o delle autorizzazioni per fornire tali dati a Gilead. Gilead e le sue consociate si impegnano a utilizzare tali dati ai fini di condurre verifiche di due diligence. Il Responsabile progetto partecipante acconsente inoltre a essere contattato da parte di Gilead ai fini della revisione del Modulo e per la comunicazione dei risultati delle verifiche di due diligence.

I dati forniti dal Responsabile progetto possono essere trasferiti a terzi per l'elaborazione esclusivamente allo scopo di condurre verifiche di due diligence. Tra i c.d. "Terzi" rientrano ad esempio i consulenti autorizzati o i fornitori di servizi di Gilead o altre aziende terze attentamente selezionate e autorizzate dalla stessa Gilead. Rivelando a detti "Terzi" i dati forniti dal Responsabile progetto, Gilead richiede ad essi la loro tutela in base a standard sostanzialmente analoghi a quelli a cui si attiene Gilead, compreso l'obbligo per tali Terzi di utilizzare tutele tecniche, amministrative e fisiche adeguate allo scopo di tutelare i dati del partecipante contro perdita, abuso o alterazione. Gilead richiede inoltre che tali Terzi si astengano dall'uso dei dati forniti dal partecipante per scopi non specificamente autorizzati da Gilead.

I dati del partecipante raccolti possono essere trasferiti, archiviati o elaborati negli Stati Uniti, paese che potrebbe essere diverso dal paese del partecipante e dall'Area Economica Europea. Inviando i propri dati personali, il partecipante acconsente al trasferimento, all'archiviazione o all'elaborazione descritti e conferma di essere in possesso dei diritti e/o delle autorizzazioni pertinenti per dare tale consenso per conto di chiunque altro i cui dati personali siano stati inclusi nel presente Modulo.

Nome: DE CHELLISSERENA
Indirizzo 1: Via Dalmazia, 36
Indirizzo 2:
Città: Sulmona
Regione/Provincia:
Codice postale: 67039
Paese: Italy
Telefono lavoro: 3277712069
Indirizzo e-mail: sere.dechellis@gmail.com

Gilead Sciences si impegna a elaborare i dati personali del partecipante in conformità all'Informativa sulla privacy Gilead, disponibile all'indirizzo <http://www.gilead.com/privacy/privacy-statement>. Nell'aderire al concorso, l'Ente partecipante garantisce a Gilead Sciences S.r.l. di aver acquisito il consenso alla comunicazione dei dati da parte del Responsabile progetto, nonché degli altri collaboratori. Titolare del trattamento dei dati è Gilead Sciences S.r.l., Via Melchiorre Gioia 26, Milano 20146 che garantisce l'esercizio dei diritti previsti dalla legge, in particolare quelli di accesso, cancellazione ed aggiornamento degli stessi. Infine, la completa compilazione del Modulo di presentazione comporta che sia l'Ente partecipante che il Responsabile progetto autorizzino alla ricezione di comunicazioni relative alle edizioni presenti, passate e future del Bando di concorso.

Selezionare un'opzione*

Accenso al trasferimento, all'archiviazione e all'elaborazione dei dati personali che ho inserito e confermo di disporre delle autorizzazioni per fornire tali dati a Gilead.



Criteri anticorruzione

Fare clic qui per prendere visione dei criteri anticorruzione di Gilead.

Dopo aver preso visione nella loro interezza dei criteri anticorruzione di Gilead, selezionare qui sotto l'opzione "Ho letto e mi impegno a rispettare i criteri anticorruzione di Gilead". In caso di necessità di chiarimenti o di dubbi su uno o più aspetti dei criteri anticorruzione di Gilead, non selezionare l'opzione qui sotto e contattare Gilead. Per qualsiasi domanda o qualora un qualsiasi aspetto dei criteri non sia chiaro, non accettare i criteri e contattare Gilead per chiedere chiarimenti.

Selezionare un'opzione*



This field is required.

Accettazione delle condizioni e dei termini di partecipazione

Accettare condizioni e termini di partecipazione, selezionando la casella sottostante. Il/Le sottoscritto/a dichiara:

In qualità di Responsabile progetto dichiaro: - che l'Ente partecipante non è un'associazione composta prevalentemente da pazienti né rappresenta una persona fisica singola; - che il progetto presentato non è un effetto biologico, dell'efficacia e/o della sicurezza dei trattamenti farmacologici; - che in caso di assegnazione del premio, il progetto verrà realizzato in modo conforme alla normativa vigente e a tutti i Codici di condotta del progetto presentato; - di non partecipare in qualità di Responsabile Progetto ad altri progetti presentati al bando con la medesima qualifica; - l'identità alla conduzione del progetto di ricerca di altri.

Firma

In qualità di responsabile progetto dichiaro che in caso di assegnazione del premio, né io né l'Ente partecipante avremo alcun obbligo di promuovere o di incoraggiare la prescrizione, la raccomandazione, l'acquisto, delle sue consociate.

In qualità di Responsabile progetto dichiaro: - di aver preso visione del bando di concorso e di accettarne le condizioni e il regolamento; - di aver preso conoscenza e di accettare integralmente il testo della Convenzione partecipante e Responsabile progetto e a cui è demandata il regolamento dei rapporti tra i tre soggetti, le modalità di erogazione del premio e le modalità di realizzazione del progetto. (Nota bene: l'accettazione di tale testo una volta assegnato il premio. Se, una volta assegnato il premio, il testo della Convenzione non potesse essere accettato integralmente dall'Ente vincitore o dal Responsabile Progetto, il premio non verrà assegnato).

In caso di assegnazione premio, ogni materiale prodotto per la realizzazione del progetto (ad es. poster, video, locandine) e ogni forma di pubblicazione dei risultati, verrà segnalata a Gilead con l'impegno a inserire il strumento di disseminazione dei risultati, compreso la relazione narrativa e finanziaria finale. Il progetto è stato integralmente/parzialmente finanziato dal Fellowship Program/Community Award Program di Gilead; i dei risultati. (Si veda bando di concorso)

Autorizzo alla ricezione di comunicazioni relative alle edizioni presenti e future dei bandi Gilead e a qualsiasi altra iniziativa intrapresa dall'azienda.

Apponendo il mio nome qui di seguito, dichiaro che le informazioni sopra riportate sono vere e corrette.

Nome completo*

This field is required.

Titolo e qualifica professionale*

This field is required.



Fellowship
PROGRAM
MEMBERSHIPS
TO IMPROVE PREVENTIVE

* Campi da compilare obbligatoriamente - I campi non contrassegnati dal simbolo * possono non essere compilati

- **Compilare le ultime sezioni del Modulo di presentazione in base alle opzioni fornite:**
 - Trattamento dei dati personali
 - Criteri anticorruzione
 - Accettazione dei termini e delle condizioni di partecipazione
 - Firma

Modulo di presentazione – 9/10

Firma

Apponendo il mio nome qui di seguito, dichiaro che le informazioni sopra riportate sono vere e corrette.

Nome completo*

Questo campo è obbligatorio.

Titolo e qualifica professionale*

Salva come bozza Invia a Gilead

- **Al termine della compilazione del Modulo di presentazione è possibile:**
 - Salvare quanto inserito come “bozza” per successive modifiche o
 - Inviare in via definitiva il progetto a Gilead



Modulo di presentazione – 10/10

- In caso di salvataggio in bozza, è possibile autenticarsi nuovamente alla piattaforma con le credenziali di accesso e modificare quanto inserito fino all'invio definitivo a Gilead. Si ricorda che per effettuare il salvataggio in bozza è necessario compilare il campo «Titolo evento/progetto/programma».
- Si ricorda che il termine ultimo per l'invio è il giorno 24 aprile alle h.12.00

Selezionare la riga corrispondente al progetto inserito per accedere nuovamente al Modulo di presentazione

Selezionare il pulsante «Aggiornare» per modificare quanto inserito



**Materiale di proprietà di Gilead Sciences.
È vietato qualsiasi utilizzo del presente materiale al di fuori dei casi per i quali lo stesso è stato specificatamente predisposto e reso disponibile.**



Per informazioni o problemi tecnici:
info@fellowshipprogram.it

