

RESPONSABILE PROGETTO

ENTE PARTECIPANTE

Nota bene: Il modulo va compilato in tutte le sue parti e, una volta compilato, andrà rinominato con il nome del Responsabile progetto (**G_CognomeNome_ModuloIntegrativo**) e caricato all'interno del Modulo di presentazione online (Consultare la Guida)

RESPONSABILE PROGETTO

Data di nascita

Ente di appartenenza

Dipartimento dell'Ente di appartenenza

In qualità di Responsabile Progetto certifico la mia afferenza all'Ente partecipante summenzionato e/o ad eventuali sue suddivisioni interne strutturate come dipartimento, unità operativa o altra tipologia.

Sì ☐

No ☐

In caso di partecipazione all'edizione 2025 del presente Bando, ci sono state modifiche di tipo amministrativo alla struttura dell'Ente partecipante?

Sì ☐

No ☐

Se sì, si prega di allegare nel Modulo di presentazione online copia semplice dell'atto costitutivo e dello statuto e una breve relazione sull'attività di ricerca compiuta.

Nel caso in cui l'Ente stia partecipando al presente Bando per la prima volta, si prega di allegare copia semplice dell'atto costitutivo e dello statuto e una breve relazione sull'attività di ricerca compiuta.

PARTECIPAZIONE EDIZIONI PRECEDENTI

L'Ente partecipante ha già vinto al Fellowship Program negli anni scorsi ricevendo un finanziamento per il progetto presentato? *(obbligatoria almeno una risposta)*

Sì, nel 2011 ☐ Sì, nel 2012 ☐ Sì, nel 2013 ☐ Sì, nel 2014 ☐ Sì, nel 2015 ☐ Sì, nel 2016 ☐
 Sì, nel 2017 ☐ Sì, nel 2018 ☐ Sì, nel 2019 ☐ Sì, nel 2021 ☐ Sì, nel 2022 ☐ Sì, nel 2023 ☐
 Sì, nel 2024 ☐ Sì, nel 2025 ☐ No, mai ☐

Il Responsabile progetto ha già realizzato progetti con Gilead nei tre anni precedenti il giorno 16 febbraio 2026?

Sì ☐

No ☐

Se sì, elencare tutti i progetti realizzati e non solo quelli che hanno ricevuto un finanziamento a precedenti edizioni del presente Bando

PROGETTO

Titolo progetto

Il progetto prevede la collaborazione tra più Enti?

Sì ☐

No ☐

Se sì, indicare quali

Il progetto prevede il contributo di più discipline specialistiche? (approccio multidisciplinare)

Sì ☐

No ☐

Se sì, indicare quali e le modalità di coinvolgimento

TEMATICA PRINCIPALE DEL PROGETTO

PREMIO SPECIALE “USO DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE APPLICATA ALLA RICERCA CLINICA”

Al fine di consentire alla Commissione Giudicatrice la possibilità di attribuire il premio speciale dedicato all'Intelligenza Artificiale applicata alla ricerca clinica così come previsto dal Bando, si prega di rispondere alle domande qui sotto riportate.

1. Descrivi la soluzione di Intelligenza Artificiale implementata nel progetto: quali sono le sue principali funzionalità e come si integra nel flusso di ricerca clinica? (Si illustri in modo sintetico l'architettura generale, i componenti chiave e il ruolo dell'IA nel processo)

2. Quali algoritmi o modelli di AI sono stati utilizzati e perché sono stati scelti rispetto ad altre opzioni? (Ad es. Machine Learning, Deep Learning, NLP, Modelli predittivi, ecc.)

3. In che modo la soluzione è progettata per essere scalabile e adattabile a contesti diversi (es. altre patologie, dataset più ampi, nuovi centri di ricerca)?

4. Quali benefici concreti l'uso dell'IA apporta al progetto in termini di ottimizzazione delle risorse, qualità dei dati, efficienza dei processi e impatto sui pazienti o sul Sistema Sanitario?

REFERENTI AMMINISTRATIVI

Indicare qui di seguito i o il referente (persona/ufficio) dell'Ente partecipante a cui Gilead, in caso di assegnazione premio, dovrà inviare la comunicazione di tale assegnazione e con cui dovrà gestire la fase di compilazione e firma della Convenzione (ad es. ufficio amministrativo, ufficio legale, altro)

Titolo e qualifica professionale del referente (n. 1)

Nome referente

Cognome referente

Telefono referente

Fax referente

Indirizzo di posta elettronica referente

Indirizzo di posta elettronica certificata referente

CAP referente

Comune referente

Provincia

Titolo e qualifica professionale del referente (n. 2)

Nome referente

Cognome referente

Telefono referente

Fax referente

Indirizzo di posta elettronica referente

Indirizzo di posta elettronica certificata referente

CAP referente

Comune referente

Provincia

Titolo e qualifica professionale del referente (n. 3)

Nome referente

Cognome referente

Telefono referente

Fax referente

Indirizzo di posta elettronica referente

Indirizzo di posta elettronica certificata referente

CAP referente

Comune referente

Provincia

OPERATORI SANITARI

Le risorse economiche richieste per la realizzazione del progetto non possono includere pagamenti di onorari ad operatori sanitari coinvolti nella realizzazione del progetto che siano interni all'Ente partecipante e alle effettive dipendenze. 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 deve essere effettivamente necessaria ed appropriata al fine della piena e corretta realizzazione del progetto stesso.

Dichiaro che nella realizzazione del progetto SONO COINVOLTI OPERATORI SANITARI INTERNI all'Ente partecipante e alle sue effettive dipendenze (medici generici o specialisti, infermieri o farmacisti) senza che per essi sia previsto alcun tipo di pagamento di onorari.

☐

Dichiaro che nella realizzazione del progetto NON SONO COINVOLTI OPERATORI SANITARI INTERNI all'Ente partecipante e alle sue effettive dipendenze (medici generici o specialisti, infermieri o farmacisti).

☐

Dichiaro che nella realizzazione del progetto SONO COINVOLTI OPERATORI SANITARI ESTERNI all'Ente partecipante così come di seguito precisato:

	SI	NO	Numero di operatori coinvolti	Rapporto di lavoro con l'Ente partecipante	Totale onorari corrisposti*
Medico generico	☐	☐			
Medico specialista	☐	☐			
Infermiere	☐	☐			
Farmacista	☐	☐			

Dichiaro che il coinvolgimento degli operatori sanitari esterni indicati al punto precedente è necessaria e appropriata per la corretta e completa realizzazione del progetto. Dichiaro altresì che il ricorso a operatori sanitari esterni è dovuto alla mancanza, all'interno dell'Ente, di figure professionali in grado di svolgere la medesima attività. In qualità di Responsabile progetto e insieme all'Ente partecipante mi impegno infine a garantire espressamente la necessità e l'appropriatezza degli operatori sanitari esterni coinvolti per la corretta e completa realizzazione del progetto.

**Indicare "0" in caso di prestazione a titolo gratuito*

CO-RESPONSABILE PROGETTO

Titolo e qualifica professionale (n. 1)

Nome

Cognome

Ente di appartenenza

Dipartimento dell'Ente di appartenenza

Telefono

Cellulare

Mail

Titolo e qualifica professionale (n. 2)

Nome

Cognome

Ente di appartenenza

Dipartimento dell'Ente di appartenenza

Telefono

Cellulare

Mail

CO-RESPONSABILE PROGETTO

Titolo e qualifica professionale (n. 3)

Nome

Cognome

Ente di appartenenza

Dipartimento dell'Ente di appartenenza

Telefono

Cellulare

Mail

Titolo e qualifica professionale (n. 4)

Nome

Cognome

Ente di appartenenza

Dipartimento dell'Ente di appartenenza

Telefono

Cellulare

Mail

CO-RESPONSABILE PROGETTO

Titolo e qualifica professionale (n. 5)

Nome

Cognome

Ente di appartenenza

Dipartimento dell'Ente di appartenenza

Telefono

Cellulare

Mail

Titolo e qualifica professionale (n. 6)

Nome

Cognome

Ente di appartenenza

Dipartimento dell'Ente di appartenenza

Telefono

Cellulare

Mail

CO-RESPONSABILE PROGETTO

Titolo e qualifica professionale (n. 7)

Nome

Cognome

Ente di appartenenza

Dipartimento dell'Ente di appartenenza

Telefono

Cellulare

Mail