|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

**Appel à projet 2025-4**

**DIM PAMIR**

**Patrimoines matériels – innovation, expérimentation et résilience**

**Fichier de signatures – Doctorat et post-doctorat**

1. Jusqu’au 31 janvier 2025, dépôt du fichier de signatures :

<https://pamir-aap25-4.sciencescall.org/>

2. Du 1er février au 7 mars 2025, envoi du fichier de signatures à :

[pamir-admin@groupes.renater.fr](mailto:pamir-admin@groupes.renater.fr)

**Contact** : [pamir-admin@groupes.renater.fr](mailto:pamir-admin@groupes.renater.fr)

# 1. Acronyme du projet

# 2. Signatures

* Chaque personne, chaque direction de laboratoire/institution/acteur socio-économique et un de leur représentant légal, indiqués dans le tableau « Entités constituant le partenariat » du dossier scientifique, signent ci-dessous.
* Si le partenariat du projet inclut un restaurateur du patrimoine et que le budget du projet comprend une demande de prestation pour ce restaurateur, alors ce restaurateur signe le dernier tableau du fichier.
* **Nous vous rappelons que les critères d’éligibilité sont explicitement indiqués dans le texte d’orientation.**
* Si le projet est soutenu, le partenariat du projet respecte tous les engagements indiqués dans le texte d’orientation, de même que les engagements en matière de science ouverte.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Prénom NOM**  **Responsable scientifique**  **du projet**  **Date et Signature** | **Prénom NOM**  **Directeur du laboratoire/institution du responsable scientifique du projet**  **Date et Signature** | **Prénom NOM**  **Représentant légal**  **de l’établissement**  **gestionnaire de la subvention**  **Date et Signature** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Prénom NOM**  **Coresponsable du projet**  **Date et Signature** | **Prénom NOM**  **Directeur du laboratoire/institution**  **du coresponsable du projet**  **Date et Signature** | **Prénom NOM**  **Représentant légal**  **de l'établissement**  **du coresponsable du projet**  **Date et Signature** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Prénom NOM**  **Partenaire**  **Date et Signature** | **Prénom NOM**  **Directeur du Partenaire**  **Date et Signature** | **Prénom NOM**  **Représentant légal**  **de l'établissement**  **du Partenaire**  **Date et Signature** |

Vous ajoutez autant de lignes que nécessaire

**En cas de demande d’une prestation pour un restaurateur du patrimoine, signature supplémentaire du restaurateur du patrimoine**

Je, soussigné(e)………………………………………………………………………………………………………, certifie avoir un diplôme au grade master de conservation-restauration des biens culturels (Niveau bac +5) ou un diplôme étranger équivalent au grade master de conservation-restauration des biens culturels (Niveau 7 du cadre unifié européen).

**Date et Signature**