



Dr. Schär Institute Nutrition Project Award 2018: modulo di iscrizione

Da compilare a cura del responsabile del progetto

Titolo, nome e cognome

Data di nascita

Professione

Lavoro presso

(ospedale, clinica, libero professionista, ecc.)

Indirizzo professionale

E-Mail

Telefono

Nomi ulteriori partecipanti al progetto

1.

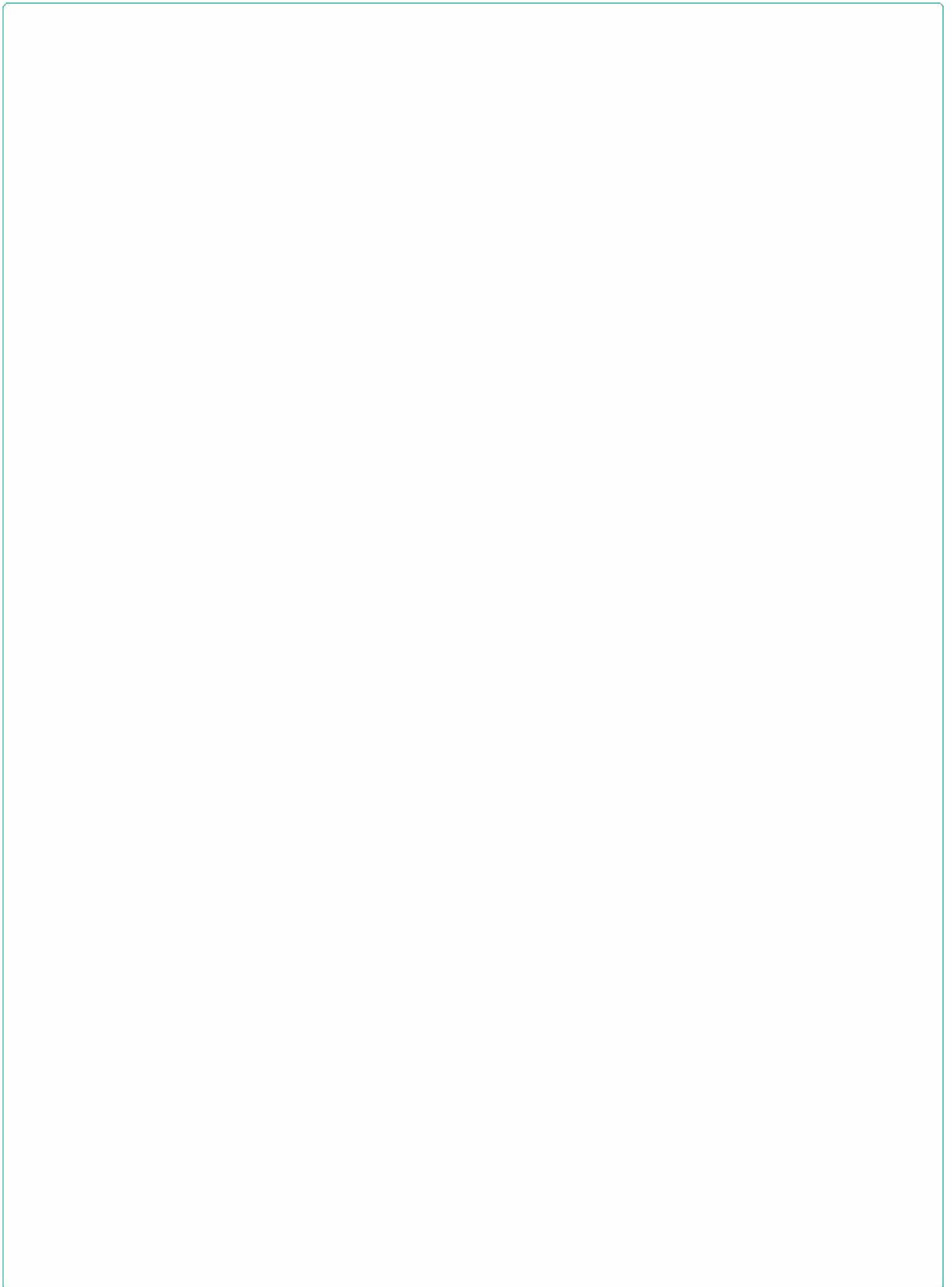
2.

3.

4.

Descrizione progetto (max. 500 parole) indicando:

- Quale gruppo di pazienti trarrà beneficio dai risultati del progetto.
- Dove si svolgerà il progetto.
- Contenuto del progetto. Descriva brevemente i processi che vuole svolgere.
- Che obiettivo vuole raggiungere con il progetto e in che modo vuole documentare la riuscita e l'efficacia per i pazienti?
- Descriva in dettaglio come pianifica la valutazione del progetto



Data attivazione del progetto (se nota)

Piano costi e descrizione di come verrà impiegata la somma vinta

Accenni altre possibili fonti di finanziamento o concessioni per il progetto

Firma

Data

Con la firma del presente modulo conferma che ha preso visione delle condizioni di partecipazione del Dr. Schär Institute Nutrition Project Award 2018 e che le accetta .

Maggiori dettagli sulla protezione dei dati sono disponibili al sito Dr. Schär Institute

Potrebbe essere contattato direttamente da un collaboratore Dr. Schär in caso di domande o ulteriori informazioni sul progetto inoltrato.