



INNOVER EN CORSE - INNUVÀ IN CORSICA

FICHE DE CANDIDATURE

Nom du demandeur : TORRACCHI

Intitulé du PROJET : CARE CONNECT

Date de dépôt : 16 mai 2019

IMPORTANT : la présente fiche de candidature comprend des renseignements généraux sur le projet et les porteurs de projets. Ce document ne concerne pas le contenu du projet, ni dans ses aspects conceptuels, ni dans son développement économique prévu. Ces points doivent faire l'objet d'un dossier de présentation spécifique.

I. IDENTITÉ

Etat civil du porteur de projet

Nom : TORRACCHI
Prénom : FLORIAN.....
Né le : 20/12/1989 à BASTIA Nationalité : FRANCAISE
Adresse : 38 ROUTE DU CAP, VILLA LOTA
Code postal : 20200 Ville : SAN MARTINO DI LOTA.....
 : Portable : 06 77 31 00 99 Fax :
e-mail : ftorracchi@gmail.com.....

Caractéristiques personnelles

- **Situation familiale** : Célibataire ☒ Marié ☐ Divorcé(e) ☐ Autre ☐ (précisez) :

Votre conjoint participe-t-il (elle) à votre projet ? : OUI ☐ NON ☐

- **Statut professionnel** : Etudiant ☐ Salarié ☒ Retraité ☐ Autre ☐ (précisez) :

(Si salarié) Préciser la profession :

- **Diplôme (s)** (joindre le CV du porteur de projet principal) :

SANS FORMATION ☐ BEPC ☐ CAP-BEP ☐ BAC ☐

BTS/DUT ☐ DEUG ☐ BAC +3 ☐ BAC+4/5 ☒ DOCTORAT ☐

Préciser : Diplôme d'état d'Infirmier Anesthésiste

L'entreprise est-elle déjà créée juridiquement ? Oui ☐ Non ☒

FICHE SIGNALÉTIQUE DE L'ENTREPRISE

Raison sociale :
Objet social :
Adresse :
Code Postal : Ville :
 : Fax : Email :
Forme juridique (SA, SARL, EURL,...) :
Précisez, en fonction de l'état d'avancement de votre projet :
Date de création/Date de lancement envisagé :
N°SIRET :

II. PRESENTATION DU PROJET :

☐ INTITULE DE VOTRE PROJET : CARE CONNECT.....

• **DESCRIPTION DE VOTRE PROJET (80 – 100 mots) :**

Nous souhaitons créer une application qui facilite l'accompagnement et le suivi du patient à tous les stades de l'hospitalisation. Utilisable sur smartphone au domicile, elle prendra la forme d'une tablette pour le per hospitalier. Ce support renseignera le patient sur sa pathologie et la structure, l'assistant virtuel interagira avec lui par le biais de notifications. Il regroupera l'intégralité du dossier de soin, communiquera avec le DMP, sécurisera le passage au bloc opératoire (reconnaissance de l'identité par empreinte digitale, partage visuel et sonore des informations sensibles) et assurera un monitoring des paramètres vitaux avec un simple bracelet connecté au domicile du patient

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III. LIENS AVEC LA RECHERCHE :

Le projet est-il issu d'un laboratoire de recherche publique ?	non	Si oui, lequel ?	
Le projet est-il lié aux travaux d'un laboratoire de recherche publique ?	non	Si oui, lequel ?	
Le projet valorise t-il les résultats innovants de recherches privées de tiers (R&D d'entreprises) ?	non	Si oui, quels résultats de quelles entreprises ?	
Le projet a t-il été lauréat du Concours national d'aide à la création d'entreprises de technologies innovantes ou du concours Corse Innovation ?	non	Si oui, catégorie et année	

IV. AIDES RECUES OU ENVISAGEES :

Type d'aide	Organisme	Envisagée Date prévue	En négociation Date prévue	Acquis Date de l'accord
SUBVENTION	ADEC	A déterminer		

V. ATTENTES VIS-A-VIS DE L'INCUBATEUR

(Synthèse des besoins exprimés dans le descriptif joint à la présente fiche)

Nature des dépenses externes envisagées (études, propriété industrielle, ...)	Prestataires	Montant TTC(€)
Accompagnement dans le processus de développement	INIZIÀ.....	70 K€
Développement de l'application.....	A déterminer.....	
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

Je, soussigné(e), TORRACCHI FLORIAN, atteste sur l'honneur que l'ensemble des déclarations ci-dessus sont exactes.

Date : 16 mai 2019

Signature : TORRACCHI Florian.

