

STAGIAIRES POSTDOCTORAUX (CANADIENS ET RÉSIDENTS PERMANENTS)

Ce formulaire doit être rempli au complet par l'hôte et l'administration de la faculté puis envoyer au Cabinet des études supérieures et postdoctorales (CÉSP) à postdoc@uOttawa.ca avec toute la documentation nécessaire. Veuillez visiter [notre Site Web](#) pour une liste des documents justificatifs requis.

A. INFORMATION PERSONNELLE DU STAGIAIRE POSTDOCTORAL						
1. NOM(S)						
2. PRÉNOM(S)						
3. ADRESSE COURRIEL						
4. SEXE		5. DATE DE NAISSANCE			6. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	
HOMME	FEMME	AUTRE	ANNÉE	MOIS	JOUR	
7. ADRESSE POSTALE						

B. INFORMATION ACADÉMIQUE						
8. NOM DE L'UNIVERSITÉ OÙ VOUS AVEZ REÇU VOTRE DOCTORAT						
9. DATE OU DATE PRÉVUE D'OBTENTION DU DOCTORAT (PREUVE REQUISE)				ANNÉE	MOIS	JOUR
10. NOM DU DIRECTEUR DE RECHERCHE À L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA						
11. ADRESSE COURRIEL DU DIRECTEUR DE RECHERCHE						
12. AVEZ-VOUS COMPLÉTÉ UN STAGE POSTDOCTORAL AUPARAVANT				OUI	NON	
13. SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER VOS STAGES POSTDOCTORAUX PRÉCÉDENTS CI-DESSOUS						
NOM DE L'INSTITUTION		DATE DE DÉBUT			DATE DE FIN	
		ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS
		ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS
		ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS

C. INFORMATION DE LA FACULTÉ ET DU DÉPARTEMENT						
14. FACULTÉ uOttawa						
15. DÉPARTEMENT uOttawa						
16. TRAVAILLEZ-VOUS AVEC UN INSTITUT AFFILIÉ				OUI	NON	
17. SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER LEQUEL						

Stagiaires Postdoctoraux

Ce formulaire doit être rempli au complet par l'hôte et l'administration de la faculté puis envoyer au Cabinet des études supérieures et postdoctorales (CÉSP) à postdoc@uOttawa.ca avec toute la documentation nécessaire. Veuillez visiter [notre Site Web](#) pour une liste des documents justificatifs requis.

D. COMPENSATION					
18. COMPENSATION PAR L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA (SALAIRE ANNUEL SEULEMENT)					MONTANT:
19. DATE DE DÉBUT		20. DATE DE FIN		21. DURÉE TOTALE (EN MOIS)	
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR
22. COMPENSATION PAR DES SOURCES EXTERNES (PREUVE REQUISE)					MONTANT:
23. DATE DE DÉBUT		24. DATE DE FIN		25. DURÉE TOTALE (EN MOIS)	
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR
VEUILLEZ INDIQUER TOUTES LES SOURCES DE FINANCEMENT QUI S'APPLIQUENT À VOTRE STAGE POSTDOCTORAL					

E. COMMENTAIRES (OPTIONNEL)

F. SIGNATURES			
EN SÉLECTIONNANT "JE CONSENS" ET EN ENTRANT VOTRE NOM CI-DESSOUS, VOUS ACCEPTEZ QUE L'INFORMATION FOURNIE SOIT CORRECTE ET EXACTE AU MEILLEUR DE VOS CONNAISSANCES.			
26. DIRECTEUR DE RECHERCHE	JE CONSENS	29. STAGIAIRE POSTDOCTORAL	JE CONSENS
27. DATE		30. DATE	
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE
28. NOM		31. NOM	

SEULEMENT POUR UTILISATION INTERNE					
APPROUVÉ PAR CÉSP		OUI	NON	VALIDÉ PAR RH	
PAR:		DATE		PAR:	
		ANNÉE	MOIS	JOUR	DATE
					ANNÉE
					MOIS
					JOUR
COMMENTAIRES:			COMMENTAIRES:		