

DEMANDE DE SUBVENTION DE VOYAGE POUR CONFÉRENCE
ÉTUDIANTS À LA MAÎTRISE AVEC THÈSE

IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT					
NOM DE FAMILLE	PRÉNOMS	NUMÉRO ÉTUDIANT			
UNITÉ SCOLAIRE / DISCIPLINE				NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	
SUJET DE THÈSE					
COURRIEL			PREMIER TRIMESTRE D'INSCRIPTION À LA MAÎTRISE		ANNÉE
			JANVIER	AVRIL	SEPTEMBRE
VEUILLEZ SOUMETTRE LES DOCUMENTS SUIVANTS AVEC VOTRE DEMANDE			LA CONFIRMATION ÉCRITE QUE VOTRE PUBLICATION A ÉTÉ ACCEPTÉE À LA CONFÉRENCE LES CONTRIBUTIONS ET RECOMMANDATIONS DE L'UNITÉ SCOLAIRE ET / OU DU SUPERVISEUR AVEC SIGNATURES LE RÉSUMÉ DE VOTRE COMMUNICATION ET LA LISTE OFFICIELLE DES AUTEURS		
NOM DU CONGRÈS					
LIEU DU CONGRÈS		PROVINCE/ÉTAT	PAYS		
VILLE <input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
ZONE GÉOGRAPHIQUE (VEUILLEZ VOUS RÉFÉRER À LA CARTE) <input type="text"/>		A (550 \$)	B (550 \$)	C (425 \$)	D (550 \$)
		E (300 \$)	AUTRE (550 \$)		
DATE DE LA CONFÉRENCE		SITE INTERNET DE LA CONFÉRENCE (S'IL Y A LIEU)			
DU <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> JOUR <input type="text"/>		AU <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> JOUR <input type="text"/>		<input type="text"/>	
DE QUELLE MANIÈRE LE SUJET DE LA CONFÉRENCE EST-IL LIÉ À CELUI DE VOTRE THÈSE ?					
<hr/>					
<hr/>					
<hr/>					
EXPLIQUEZ LA PERTINENCE DE CETTE CONFÉRENCE POUR VOTRE RECHERCHE.					
<hr/>					
<hr/>					
<hr/>					
TITRE DE VOTRE COMMUNICATION				<input type="checkbox"/> AFFICHE <input type="checkbox"/> COMMUNICATION ORALE	
NOM DU PREMIER AUTEUR DE LA PUBLICATION			CO-AUTEUR(S)		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
AVEZ-VOUS PRÉSENTÉ UNE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE AUPRÈS D'UN AUTRE ORGANISME POUR CE MÊME CONGRÈS ?			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER			<input type="checkbox"/> APTPUO <input type="checkbox"/> SCFP <input type="checkbox"/> GSAÉD <input type="checkbox"/> FACULTÉ D'ATTACHE <input type="checkbox"/> AUTRE : _____		
JE CONFIRME AVOIR CONNAISSANCE DES RÈGLES DU PROGRAMME ET QUE LES INFORMATIONS FOURNIES DANS CETTE DEMANDE SONT COMPLÈTES ET EXACTES.					
			SIGNATURE (DEMANDEUR DE SUBVENTION)		
			DATE		

CONTRIBUTION FINANCIÈRE

(MINIMUM 100 \$ EXIGÉ)

QUELLE SERA LA CONTRIBUTION FINANCIÈRE DE L'UNITÉ SCOLAIRE ET / OU DU DIRECTEUR DE THÈSE ?

\$

BUDGET D'EXPLOITATION

SUBVENTION

APPROUVÉ PAR (SOURCE DE LA CONTRIBUTION FINANCIÈRE) :

NOM (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

TITRE

COURRIEL

DÉPARTEMENT

DATE

SIGNATURE

RECOMMANDATION DU DIRECTEUR DE THÈSE

LA PUBLICATION EST-ELLE DIRECTEMENT LIÉE À LA THÈSE ?

OUI

NON

LE SUJET DE THÈSE INDIQUÉ À LA PAGE 1 EST-IL EXACT ?

OUI

NON

VEUILLEZ COMMENTER SUR LA PERTINENCE DE PARTICIPER À CETTE CONFÉRENCE À CE STADE DU PROGRAMME DE RECHERCHE DU CANDIDAT.

NOM (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

JE CONFIRME QUE L'INFORMATION FOURNIE DANS CETTE DÉMARCHE EST COMPLÈTE ET EXACTE.

COURRIEL

DATE

SIGNATURE (DIRECTEUR DE THÈSE)

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

APPROUVÉ

REFUSÉ

RÉFÉRENCE

APPROBATION DE
L'ADMINISTRATRICE

NOM (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

DATE

SIGNATURE

Faculté de médecine

grad.med@uottawa.ca | 613-562-5215

1451 rue Smyth, pièce 2016, Ottawa, Ontario K1H 8M5

