Université d'Ottawa | University of Ottawa

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 ☐ JANVIER ☐ AVRIL ☐ SEPTEMBRE ANNÉE

VEUILLEZ SOUMETTRE LES DOCUMENTS SUIVANTS AVEC VOTRE DEMANDE
- ☐ LA CONFIRMATION ÉCRITE QUE VOTRE PUBLICATION A ÉTÉ ACCEPTÉE À LA CONFÉRENCE
- ☐ LES CONTRIBUTIONS ET RECOMMANDATIONS DU SUPERVISEUR AVEC SIGNATURES
- ☐ LE RÉSUMÉ DE VOTRE COMMUNICATION ET LA LISTE OFFICIELLE DES AUTEURS

NOM DU CONGRÈS

LIEU DU CONGRÈS

VILLE	PROVINCE/ÉTAT	PAYS

ZONE GÉOGRAPHIQUE (VEUILLEZ VOUS RÉFÉRER À LA CARTE) ☐ **A** (550 $) ☐ **B** (550 $) ☐ **C** (425 $) ☐ **D** (550 $) ☐ **E** (300 $) ☐ **AUTRE** (550$)

DATE DE LA CONFÉRENCE

DU			AU		
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR

SITE INTERNET DE LA CONFÉRENCE (S'IL Y A LIEU)

DE QUELLE MANIÈRE LE SUJET DE LA CONFÉRENCE EST-IL LIÉ À CELUI DE VOTRE THÈSE ?

EXPLIQUEZ LA PERTINENCE DE CETTE CONFÉREMCE POUR VOTRE RECHERCHE.

TITRE DE VOTRE COMMUNICATION ☐ AFFICHE ☐ COMMUNICATION ORALE

NOM DU PREMIER AUTEUR DE LA PUBLICATION	CO-AUTEUR(S)

AVEZ-VOUS PRÉSENTÉ UNE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE AUPRÈS D'UN AUTRE ORGANISME POUR CE MÊME CONGRÈS ? ☐ OUI ☐ NON

SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER ☐ APTPUO ☐ SCFP ☐ GSAÉD ☐ FACULTÉ D'ATTACHE ☐ AUTRE : _____

JE CONFIRME AVOIR CONNAISSANCE DES RÈGLES DU PROGRAMME ET QUE LES INFORMATIONS FOURNIES DANS CETTE DEMANDE SONT COMPLÈTES ET EXACTES.

DATE _____ SIGNATURE (DEMANDEUR DE SUBVENTION) _____

Faculté des sciences de la santé
fssvd@uottawa.ca | 613-562-7902
538-540, King Edward, pièce 212, Ottawa, Ontario K1N 6N5

uOttawa

CONTRIBUTION FINANCIÈRE

QUELLE SERA LA CONTRIBUTION FINANCIÈRE DU DIRECTEUR DE THÈSE ? (MINIMUM 100 $ EXIGÉ) _____ $ ▷ COTE BUDGÉTAIRE

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) _____

COURRIEL _____

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

DATE _____ SIGNATURE (DIRECTEUR DE THÈSE) _____

À L'USAGE DE LA FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ

☐ APPROUVÉ ☐ REFUSÉ

RÉFÉRENCE _____

APPROBATION DU DOYEN ASSOCIÉ ▷ NOM (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) _____ DATE _____ SIGNATURE _____

Faculté des sciences de la santé
fssvd@uottawa.ca | 613-562-7902
538-540, King Edward, pièce 212, Ottawa, Ontario K1N 6N5

uOttawa