Université d'Ottawa | University of Ottawa

DEMANDE DE SUBVENTION POUR **UNE** CONFÉRENCE **VIRTUELLE**
ÉTUDIANTS AU DOCTORAT OU DES PROGRAMMES ACCÉLÉRÉS

IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT

NOM DE FAMILLE	PRÉNOMS	NUMÉRO ÉTUDIANT
UNITÉ SCOLAIRE / DISCIPLINE		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
SUJET DE THÈSE		COTUTELLE ☐ OUI ☐ NON
COURRIEL	PREMIER TRIMESTRE D'INSCRIPTION AU DOCTORAT ☐ JANVIER ☐ MAI ☐ SEPTEMBRE ANNÉE	PROGRAMME ☐ PH.D. ☐ PROGRAMME ACCÉLÉRÉ

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

NOM DU CONGRÈS VIRTUEL

DATE DE LA CONFÉRENCE	DU ANNÉE MOIS JOUR	AU ANNÉE MOIS JOUR	COÛT APPROXIMATIF $	SITE INTERNET DE LA CONFÉRENCE (S'IL Y A LIEU)

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

EXPLIQUEZ LA PERTINENCE DE CETTE CONFÉRENCE POUR VOTRE RECHERCHE.

TITRE DE VOTRE COMMUNICATION VIRTUELLE ☐ 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 : _____

NOMBRE DE SUBVENTIONS DE VOYAGE OBTENUES DE LA FÉSP ? _____

DATES ET MONTANTS : ANNÉE MOIS JOUR _____ $ ANNÉE MOIS JOUR _____ $

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

RECOMMANDATION DU DIRECTEUR DE THÈSE

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

LA PUBLICATION EST-ELLE DIRECTEMENT LIÉE À LA THÈSE ? ☐ OUI ☐ NON

☐ JE CONFIRME, EN TANT QUE SUPERVISEUR, QUE JE N'AI PAS REMBOURSÉ L'ÉTUDIANT POUR LES FRAIS RÉCLAMÉS

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 DEMANDE 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 VICE-DOYEN

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