

## Confirmation du nom du superviseur

Pour les étudiants dans l'option projet de recherche seulement.

Veuillez retourner ce formulaire par courriel à [grad.med@uOttawa.ca](mailto:grad.med@uOttawa.ca).

### Identification de l'étudiant

PRÉNOM DE L'ÉTUDIANT

NOM DE L'ÉTUDIANT

NUMÉRO ÉTUDIANT

Programme d'études supérieures

**Programme:**    BCH    CMM    MIC    NSC

### Identification du superviseur

NOM DU SUPERVISEUR

COURRIEL

NOM DU CO-SUPERVISEUR

COURRIEL

### Titre du projet de recherche

### Signatures

SIGNATURE (ÉTUDIANT)

DATE (AAAA-MM-JJ)

SIGNATURE (SUPERVISEUR)

DATE (AAAA-MM-JJ)

SIGNATURE (CO-SUPERVISEUR)

DATE (AAAA-MM-JJ)

MED- PDF 05/2021