

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.

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