

DEMANDE DE SÉJOUR DE RECHERCHE
(DOCTORAT OU PROGRAMME ACCÉLÉRÉ)

RÉF.

NOTE : LE GENRE NON MARQUÉ EST EMPLOYÉ POUR DÉSIGNER AUSSI BIEN LES FEMMES QUE LES HOMMES.

NOM DE FAMILLE		PRÉNOMS		N° ÉTUDIANT	
UNITÉ SCOLAIRE			N° DE TÉLÉPHONE	BUREAU	LABORATOIRE
COURRIEL					
SESSION DE L'ÉTUDIANT AU MOMENT DU SÉJOUR		DOCTORAT SESSIONS 3 À 12		PROGRAMME ACCÉLÉRÉ SESSIONS 2 À 15	

LIEU DU SÉJOUR	VILLE	PAYS
DATE DU SÉJOUR	DU	AU
	ANNÉE	MOIS
	JOUR	ANNÉE
		MOIS
		JOUR

EXPLIQUEZ BRIÈVEMENT LA PERTINENCE DE CE SÉJOUR.

Vos renseignements personnels sont recueillis en vertu de la Loi de l'Université d'Ottawa. Cette information est recueillie pour des fins de recrutement, d'admission, d'inscription, de remise de diplôme, de suivi, d'administration et pour toutes autres activités reliées aux programmes et aux services offerts par l'Université. Vos renseignements seront protégés en tout temps conformément à la Loi sur l'accès à l'information et sur la protection de la vie privée. Si vous avez des questions, veuillez consulter l'adresse suivante : <http://web5.uottawa.ca/admingov/confidentialite.html> ou contactez par écrit la vice-rectrice à la gouvernance à lajvp@uottawa.ca ou écrire à : Coordonnateur de l'accès à l'information, a/s Cabinet de la vice-rectrice à la gouvernance, Université d'Ottawa, Ottawa ON K1N 6N5

_____ DATE _____ SIGNATURE (DEMANDEUR)

RECOMMANDATION (UNITÉ SCOLAIRE)

RECOMMANDATION (INCLUANT LA JUSTIFICATION DE LA PERTINENCE DE CETTE DEMANDE À CE STAGE DU PROGRAMME DE RECHERCHE DU CANDIDAT)

NOM (ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

COURRIEL

_____ DATE _____ SIGNATURE (SUPERVISEUR DE RECHERCHE)

À L'USAGE DE LA FACULTÉ DES SCIENCES

APPROBATION

NOM DU DOYEN ASSOCIÉ

_____ DATE _____ SIGNATURE (DOYEN ASSOCIÉ)