

Demande de certificat postdoctoral

* Le formulaire doit clairement indiquer le nom du stagiaire postdoctoral, tel qu'il doit paraître sur le certificat.

| STAGIAIRE POSTDOCTORAL * | | |
|--------------------------|----------------|--|
| TITRE (DR, M, MME) | NOM DE FAMILLE | PRÉNOM |
| ADRESSE COURRIEL | | LANGUE DU CERTIFICAT FRANÇAIS ANGLAIS |

| STAGE POSTDOCTORAL * | | | | | | | |
|---|------------------------------|------|------|---|-------|------|------|
| FACULTÉ | UNITÉ ACADÉMIQUE/DÉPARTEMENT | | | | | | |
| LIEU DU STAGE POSTDOCTORAL (LABORATOIRE, GROUPE OU CENTRE DE RECHERCHE, HÔPITAL, ETC.) | | | | | | | |
| DURÉE DU STAGE POSTDOCTORAL | | | | | | | |
| DU | AU | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>ANNÉE</td> <td>MOIS</td> <td>JOUR</td> </tr> </table> DATE | ANNÉE | MOIS | JOUR | <table border="1"> <tr> <td>ANNÉE</td> <td>MOIS</td> <td>JOUR</td> </tr> </table> DATE | ANNÉE | MOIS | JOUR |
| ANNÉE | MOIS | JOUR | | | | | |
| ANNÉE | MOIS | JOUR | | | | | |

| DIRECTEUR/DIRECTRICE DE RECHERCHE | | | | | |
|---|--------|---|-------|------|------|
| NOM DE FAMILLE | PRÉNOM | | | | |
| LE/LA STAGIAIRE POSTDOCTORAL A RÉPONDU AUX ATTENTES LIÉES À SON STAGE POSTDOCTORAL? | OUI | NON | | | |
| JE RECOMMANDE QU'UN CERTIFICAT ATTESTANT LA DURÉE DU STAGE POSTDOCTORAL SOIT OCTROYÉ. | OUI | NON | | | |
| <hr/> SIGNATURE | | <table border="1"> <tr> <td>ANNÉE</td> <td>MOIS</td> <td>JOUR</td> </tr> </table> DATE | ANNÉE | MOIS | JOUR |
| ANNÉE | MOIS | JOUR | | | |

Veuillez soumettre le formulaire complété par courriel à : postdoc@uOttawa.ca