

DEMANDE DE SÉJOUR DE RECHERCHE
(MAÎTRISE AVEC THÈSE)

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

		RÉF.	
NOM DE FAMILLE		PRÉNOMS	
UNITÉ SCOLAIRE		N° ÉTUDIANT	
COURRIEL		LABORATOIRE	
SESSION DE L'ÉTUDIANT AU MOMENT DU SÉJOUR		MAÎTRISE SESSIONS 2 À 6	

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 laipvp@uottawa.ca ou écrivez 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 (DIRECTEUR/TRICE DE THÈSE)

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 (DIRECTEUR/TRICE DE THÈSE)

À L'USAGE DE LA FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ

APPROBATION

NOM DU DOYEN ASSOCIÉ

DATE

SIGNATURE (DOYEN ASSOCIÉ)

ESUP-5317(F) PDF 2014/04