

Demande académique — Professeur·e auxiliaire

Curriculum Vitae abrégé

Date de la demande :	
Prénom :	
Second prénom (s'il y a lieu) :	
Nom de famille :	
Département auprès duquel je fais demande:	École des sciences pharmaceutiques
Date de naissance (jj/mm/aaaa) :	
Citoyenneté : (si vous n'avez pas la citoyenneté canadienne, veuillez nous fournir un permis de travail ou une carte de résidence permanente valide)	
Genre :	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Autre
Langue de correspondance préférée :	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Adresse courriel :	
Adresse locale du domicile : (numéro et nom de la rue, ville, province, code postal)	
Numéro de téléphone à la maison :	
Adresse du travail : (numéro et nom de la rue, ville, province, code postal)	
Numéro de téléphone au travail :	
Êtes-vous membre de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario (OCP) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, merci d'indiquer votre numéro OCP :	

Scolarité/titres de compétences/résidence/fellowships

Établissement	Diplômes/titres (BPharm, PharmD, MSc, PhD, ACPR, etc.)	Année

| Demande de nomination facultaire au titre de professeur auxiliaire |

[Pour toutes questions, communiquez avec nous !](#)

Affaires francophones de la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa
 613-562-5800, poste 4373 | pharmd@uottawa.ca | affaires.francomed@uottawa.ca
med.uottawa.ca/affaires-francophones/



<i>Emplois occupés</i>				
<i>Établissement</i>	<i>Rang ou poste</i>	<i>Date (5 dernières années seulement)</i>		
<i>Nombre d'années d'expérience d'enseignement dans chaque domaine</i>				
Premier cycle :	Études postdoctorales :	Études supérieures :		
<i>Financement de la recherche en tant que chercheur principal ou co-chercheur</i>				
<i>Organisme</i>	<i>Montant</i>	<i>Date (5 dernières années seulement)</i>		
<i>Publications savantes (indiquez de nombre total pour chacune des catégories)</i>				
Articles évalués par les pairs :	Articles non évalués par les pairs :	Résumés :	Livres :	Chapitres :
<i>Champs d'intérêt en enseignement (indiquez A pour anglais, F pour français ou B pour bilingue)</i>				
Note : Ces éléments chevauchent plusieurs domaines (niveau de l'apprenant, sujet, rôle). Certains d'entre eux touchent des activités d'apprentissage précises. En faisant état de vos champs d'intérêt ici, vous ne vous engagez pas à travailler dans tous ces domaines ; veuillez donc énumérer tous les sujets qui s'appliquent.				
Enseignement de premier cycle :	Formation postdoctorale (résidence) :	Formation médicale continue :	Perfectionnement professionnel :	
Résolution de problèmes :	Enseignement en petits groupes :	Cours magistraux :	Connaissances et compétences en recherche :	
Examens cliniques objectifs structures (ECOS) :	Entrevue/technique de communication :	Examen physique :	Professionalisme :	

| Demande de nomination facultaire au titre de professeur auxiliaire |

[Pour toutes questions, communiquez avec nous !](#)

Affaires francophones de la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa
 613-562-5800, poste 4373 | pharmd@uottawa.ca | affaires.francomed@uottawa.ca
med.uottawa.ca/affaires-francophones/



Demandes relatives à la nomination facultaire

Dans quel milieu de pratique exercez-vous ?

- Milieu communautaire
 Milieu hospitalier
 Industrie
 Autres (merci de spécifier) :

Au besoin, merci de spécifier votre secteur de pratique clinique :

- Médecine familiale
 Cardiologie
 Médecine interne
 Soins critiques
 Santé mentale
 Pédiatrie
 Gériatrie
 Maladies infectieuses
 Autres (merci de spécifier) :

Faites-vous ou avez-vous déjà fait partie du corps professoral de l'Université d'Ottawa

- Oui
 Non
 Merci de spécifier :

Quel sera votre statut auprès de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario lors de votre nomination ?

- Permis de pratique niveau A (Soins directs aux patients)
 Permis de pratique niveau B (aucun soin direct aux patients)
 Autre (merci de spécifier) :

Avez-vous passé des examens de spécialité à l'extérieur du Canada ?

- Oui
 Non

Si oui, svp spécifier où : _____ et quand : _____

Veillez donner le nom des hôpitaux ou établissements cliniques affiliés à l'Université d'Ottawa où vous occupez un poste ou cherchez à en obtenir un :

Tableau des contributions attendues

Enseignement :

Premier cycle — Programme de pharmacie (Pharm. D.) :

| Demande de nomination facultaire au titre de professeur auxiliaire |

[Pour toutes questions, communiquez avec nous !](#)

Affaires francophones de la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa
 613-562-5800, poste 4373 | pharmd@uottawa.ca | affaires.francomed@uottawa.ca
med.uottawa.ca/affaires-francophones/



Premier cycle :

Études supérieures :

Supervision d'étudiant(e)s diplômé(e)s

Activités d'enseignement aux études supérieures

Autres contributions (évaluation des séminaires, évaluation de présentations par affiches, mentorat, organisation des séances de laboratoire, élaboration des cours, membre de comités, etc.)

| Demande de nomination facultaire au titre de professeur auxiliaire |

[Pour toutes questions, communiquez avec nous !](#)

Affaires francophones de la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa
613-562-5800, poste 4373 | pharmd@uottawa.ca | affaires.francomed@uottawa.ca
med.uottawa.ca/affaires-francophones/



Protocole d'entente relatif à la nomination d'un membre du corps professoral à titre de professeur auxiliaire au sein de l'École des sciences pharmaceutiques de la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa

Le présent protocole d'entente établit les modalités de votre nomination comme membre du corps professoral de l'École des sciences pharmaceutiques de la Faculté de médecine (la « Faculté ») de l'Université d'Ottawa (l'« Université »). En le signant, vous acceptez d'adhérer aux dispositions énoncées ci-après et aux conditions énumérées à l'annexe A (s'il y a lieu), et vous attestez que vous comprenez que votre nomination et le présent protocole devront être approuvés par le Comité mixte de l'Université d'Ottawa.

1. Nomination :

Vous serez nommé à titre de professeur auxiliaire au sein de l'École des sciences pharmaceutiques de la Faculté de médecine. Votre nomination aura une durée de cinq (5) ans, et elle pourra être renouvelée (voir section 4 sur l'évaluation de rendement).

2. Fonctions :

Vous acceptez d'assumer les tâches liées à votre nomination dans les domaines mentionnés dans ce formulaire, tâches que vous exécuterez principalement à/au _____ . Il est attendu que vous entriez en fonction le _____ ou autour de cette date.

3. Privilèges universitaires :

Votre nomination vous donne droit à certains privilèges universitaires. Veuillez [consulter la page Web pour de plus amples renseignements](#).

4. Évaluation de rendement :

- a) **Évaluation annuelle** : Votre rendement pourra faire l'objet d'une évaluation annuelle par votre chef de division ou votre directeur de département ou les deux. L'évaluation portera normalement sur vos réalisations, la mesure dans laquelle vous aurez atteint les objectifs qu'on vous aura fixés pour l'année, votre charge de travail future, des moyens propices à vous aider à réaliser vos objectifs, l'établissement d'objectifs pour l'année suivante et vos intentions en matière de promotion.
- b) **Évaluation exhaustive** : Le renouvellement de votre nomination est assujéti, d'une part, à votre capacité de démontrer un rendement satisfaisant dans les domaines d'activité énoncés à l'annexe A, et d'autre part, à vos évaluations annuelles. Cinq (5) ans après la date de votre nomination, votre rendement fera l'objet d'une évaluation exhaustive si une demande est faite pour le renouvellement de votre nomination.
- c) Vous aurez l'occasion de réagir à vos évaluations annuelles et exhaustives et de les commenter. Un exemplaire signé des évaluations annuelles et exhaustives sera envoyé au doyen de la Faculté et versé aux dossiers du personnel à la Faculté.
- d) Si une évaluation annuelle ou exhaustive donne lieu à des changements importants qui se répercutent sur vos fonctions, les changements seront indiqués dans une annexe A modifiée que vous signerez. L'annexe modifiée sera ensuite signée par la Faculté et jointe au présent protocole d'entente.

| Demande de nomination facultaire au titre de professeur auxiliaire |

[Pour toutes questions, communiquez avec nous !](#)

Affaires francophones de la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa
 613-562-5800, poste 4373 | pharmd@uottawa.ca | affaires.francomed@uottawa.ca
med.uottawa.ca/affaires-francophones/



5. Politiques et normes :

Vous convenez qu'en vous acquittant des fonctions liées à votre nomination, vous respecterez les politiques, principes directeurs, procédures et lignes directrices de l'Université et de la Faculté qui sont incorporés par renvoi dans le présent protocole, notamment les normes d'éthique et de professionnalisme de la Faculté, ainsi que les codes de déontologie et de pratique médicale de toute association professionnelle ou tout organisme de réglementation qui s'applique à vous. Vous convenez de consulter périodiquement le [site Web de la Faculté](#) pour vous renseigner sur toute modification à ces politiques, procédures et lignes directrices.

6. Durée et cessation :

Le présent protocole d'entente entrera en vigueur le jour où le Comité mixte de l'Université d'Ottawa approuvera votre nomination professorale. Il demeurera en vigueur pendant cinq (5) ans, à moins qu'il n'y soit mis fin dans l'un ou l'autre des cas suivants :

- a) Votre statut de professeur est modifié (passage à un autre rang professoral), auquel cas les parties devront signer une nouvelle entente.
- b) L'une ou l'autre des parties peut mettre fin à la présente entente pour quelque raison que ce soit, pourvu qu'elle en donne avis par écrit à l'autre. Le caractère raisonnable du délai de préavis pourra dépendre de la nature des circonstances au moment de la résiliation de l'entente.
- c) L'Université peut, à sa seule discrétion, révoquer votre nomination professorale et mettre fin à la présente entente, sur-le-champ et sans préavis, si vous avez manqué à vos obligations conformément à la présente entente, après avoir été avisé par écrit d'un tel manquement et après avoir eu une chance raisonnable de le corriger.

Le présent protocole et les annexes qui y sont jointes constituent l'intégralité de l'entente conclue entre vous-même et l'Université en ce qui concerne votre nomination professorale. En apposant votre signature ci-dessous, vous acceptez les conditions énoncées plus haut (s'il y a lieu).

Signature du candidat

Date (AA-MM-JJ)



Directeur du département

Date (AA-MM-JJ)



Doyen

Date (AA-MM-JJ)

Pour compléter cette demande, n'oubliez pas de joindre :

- Votre CV à jour
- Votre formulaire de TPS/HST (celui-ci nous sera utile pour procéder à votre rémunération)
- Deux formulaires de recommandation

| Demande de nomination facultaire au titre de professeur auxiliaire |

[Pour toutes questions, communiquez avec nous !](#)

Affaires francophones de la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa
 613-562-5800, poste 4373 | pharmd@uottawa.ca | affaires.francomed@uottawa.ca
med.uottawa.ca/affaires-francophones/





TPS/HST – Formulaire de déclaration

Période de rapport financière : janvier à décembre 2021

Nom du fournisseur de service	
-------------------------------	--

TVH pour les services livrés à l'université (excepté les services cliniques) L'Université d'Ottawa a obtenu des avis d'expert et des avis juridiques concernant les services non cliniques fournis à la Faculté de médecine. Le programme exige que toutes les personnes ayant un statut de travailleur autonome selon le formulaire RC4110 de l'Agence du revenu du Canada (ARC) et qui offre des services professionnels à l'Université, doivent facturer individuellement l'Université d'Ottawa. **C'est la responsabilité du fournisseur de service de facturer, de percevoir et de remettre la TVH à l'Agence du revenu du Canada.**

1. EN TANT QUE FOURNISSEUR, JE DÉCLARE :

- Je confirme que ma source totale de tous les revenus pour ce type de service spécifique, provenant des fournitures taxables à l'échelle mondiale dépasse 30 000\$; et je suis inscrit pour charger, percevoir et remettre la TPS / TVH. Ainsi, la TPS / TVH sera facturée et je suis admissible à demander des CTI (crédit de taxe sur les intrants). Je reconnais l'entière responsabilité de facturer, de percevoir et/ou de verser la TPS / TVH sur les fournitures taxables de biens et de services.

Numéro de TPS/TVH: _____

- Je confirme que ma source totale de tous les revenus pour ce type de service spécifique, provenant de fournitures taxables à l'échelle mondiale ne dépasse pas 30 000 \$; et je suis inscrit volontairement pour percevoir, percevoir et remettre la TPS / TVH. Ainsi, la TPS / TVH peut être facturée et je suis admissible à demander des CTI (crédit de taxe sur les intrants). Je reconnais l'entière responsabilité de facturer, de percevoir et/ou de verser la TPS / TVH sur les fournitures taxables de biens et de services.

Numéro de TPS/TVH: _____

- Je confirme que ma source totale de tous les revenus pour ce type de service spécifique, provenant de fournitures taxables à l'échelle mondiale n'excède pas 30 000 \$ et que je ne suis pas inscrit à un compte de TPS / TVH auprès de l'ARC - Agence du revenu du Canada. Ainsi, la TPS / TVH ne sera pas facturée au client et je ne peux pas demander de CTI. Je reconnais l'entière responsabilité de percevoir et/ou de remettre la TVH à l'ARC si le gouvernement du Canada le demande. Je suis responsable de vérifier mon statut auprès de l'ARC avant de remplir ce formulaire.

TPS/HST – Formulaire de déclaration

2. Information de paiement du fournisseur de service:

Paiement remis à	Veuillez cocher le bénéficiaire et compléter la section applicable ci-dessous. <input type="checkbox"/> Individu <input type="checkbox"/> Organisation
STATUS DE L'INDIVIDU	Si le statut du bénéficiaire «Individu» est coché, indiquez le nom légal, le numéro de NAS et l'adresse complète pour effectuer le paiement.
Nom légal de l'individu	
Numéro d'assurance social	
Adresse complète	
STATUS DE L'ORGANISATION	Si le statut du bénéficiaire «Organisation» est coché, indiquez le nom légal et l'adresse complète pour effectuer le paiement.
Nom légal de l'organisation (Legal) Name	
Adresse complète	
Je certifie que je peux légalement lier cette déclaration à l'Organisation	

Je certifie que les informations fournies sur ce formulaire et ses pièces jointes sont correctes et complètes.

Signature – Fournisseur de Service

[Date] _____