

**DEMANDE DE SÉJOUR DE RECHERCHE**  
(MAÎTRISE AVEC THÈSE)

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					
TRIMESTRE DE L'ÉTUDIANT AU MOMENT DU SÉJOUR		MAÎTRISE TRIMESTRE 2 À 6 <input type="text"/>			

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](mailto: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 ONK1N6N5

\_\_\_\_\_ 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 DE MÉDECINE**

APPROBATION

NOM DE L'ADMINISTRATRICE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_ SIGNATURE (ADMINISTRATRICE)