

Département de Médecine

Pièce 6501, 3001 12^e Avenue Nord, Sherbrooke, QC J1H 5N4

Tél. : (819) 564-5379 Courriel : Departement-Med@USherbrooke.ca

Télec. : (819) 820-6806

DEMANDE DE BOURSE DE RECHERCHE POSTDOCTORALE

EXIGENCES RELATIVES À LA DEMANDE

(a) Nombre de copies

Vous devez remettre 8 copies de la demande, dont une comportant les signatures originales. Toutes les demandes doivent être dactylographiées.

(b) Méthode à suivre

Le candidat doit remplir les sections A à E. Les sections F à H doivent être remplies par le directeur de recherche ou de programme proposé.

(c) Date limite pour la remise des formulaires de demande

Les formulaires de demande remplis ainsi que tous les documents à l'appui de la demande doivent parvenir au Département au plus tard le 02 mars à 17 h HNE. Les demandes incomplètes ou tardives seront retournées au candidat.*

(d) Documents à l'appui des demandes initiales

- i. Avant la date limite, l'institution doit faire parvenir au Département une copie des relevés de notes complets du candidat.*
- ii. Deux lettres de recommandation - dont une signée par le dir. de recherche actuel ou le dir. du programme actuel du candidat - doivent être envoyées directement par les répondants et parvenir au Département avant la date limite.*

(e) Documents à l'appui des demandes de renouvellement

Veillez noter qu'il n'est pas nécessaire de faire parvenir les relevés de notes et lettres de recommandation dans le cas d'une demande de renouvellement.

- i. Le directeur de recherche ou de programme du candidat doit fournir une lettre décrivant la qualité du travail effectué à ce jour par le candidat et commentant sur la pertinence de poursuivre l'appui qui lui est fourni. Cette lettre doit parvenir directement au Département avant la date limite.*

Veillez noter qu'une demande de renouvellement pour fellowship de recherche pourra être considérée sur preuve d'application à des organismes de subvention extérieurs.

** Si la date limite de présentation d'une demande ou d'un formulaire d'approbation tombe une fin de semaine, les candidats auront jusqu'à 17 h HNE, le jour ouvrable suivant, pour présenter leurs documents.*

LES DEMANDES ENVOYÉES PAR COURRIEL, TÉLÉCOPIEUR OU SUR DISQUETTES NE SERONT PAS ACCEPTÉES.
VEUILLEZ ENLEVER CETTE PAGE AVANT DE COPIER ET DE SOUMETTRE LE FORMULAIRE DE DEMANDE.



Département de Médecine

Pièce 6501, 3001 12e Avenue Nord, Sherbrooke, QC J1H 5N4

Tél. : (819) 564-5379 Courriel : Departement-Med@USherbrooke.ca

Télec. : (819) 820-6806

Réservé à l'interne

Réception ___/___/___

Évaluation ___/___/___

DEMANDE DE BOURSE DE RECHERCHE POSTDOCTORALE

Demande initiale Renouvellement

Le candidat doit remplir les sections A à E.

A. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom du candidat _____

Adresse postale _____

Le candidat doit aviser le Département de tout changement dans son adresse postale.

Téléphone _____ Télécopieur _____ Courriel _____

Statut d'immigrant _____

Nom et adresse de deux répondants auxquels vous avez demandé de faire parvenir des lettres de recommandation.

1. _____

2. _____

Nom et établissement du dir. de recherche ou de programme actuel _____

Nom du dir. de recherche ou de programme proposé _____

B. ÉTUDES

Diplômes obtenus ou prévus

Les relevés de notes suivront. Les relevés de notes sont joints à la présente.

Diplôme Date d'obtention Discipline Établissement Dir. de rech. (s'il y a lieu)

Formation de troisième cycle

Veillez indiquer toute formation de troisième cycle acquise à ce jour, y compris la formation en résidence et les postes détenus. Les candidats ayant un diplôme en médecine, reçu six ans ou plus avant la date de la demande, devront donner des détails sur toute formation en recherche entreprise depuis l'obtention de leur diplôme. Cette description ne devra pas dépasser une page et sera attachée à la suite de celle-ci.

Dates Établissement Poste Directeur

Prix et distinctions

Veillez indiquer toutes les subventions dont vous avez bénéficié depuis que vous êtes étudiant ou étudiant diplômé, en précisant la période visée par celles-ci et leur date d'obtention. Vous pouvez également signaler les conférences que l'on vous a demandé de donner et qui sont particulièrement dignes d'intérêt.

B. ÉTUDES (suite)

Publications

Veillez fournir une liste de tous vos articles et résumés en prenant soin d'indiquer les références complètes. Vous pouvez utiliser des pages additionnelles, et devez les annexer à la suite de cette page-ci.

C. OBJECTIFS PROFESSIONNELS

Fournissez une brève description de vos objectifs de carrière et expliquez comment une bourse de fellowship du département de médecine vous aiderait à vous rapprocher de ces objectifs.

D. SOMMAIRE DE LA FORMATION PROPOSÉE

Pour les demandes initiales, veuillez fournir un sommaire de la formation de recherche et/ou clinique qui sera entreprise dans le cadre de cette bourse. Ce sommaire devrait couvrir les éléments de base, les méthodes et les objectifs des travaux proposés, y compris leur pertinence clinique. Le sommaire, rédigé par le candidat en collaboration avec le superviseur, ne doit pas dépasser trois pages (texte dactylographié à simple interligne, sur un côté seulement de la feuille, marges de 1 pouce, jeu de caractères de 12 points uniquement) et doit être annexé à la suite de cette page-ci.

Pour les demandes de renouvellement, veuillez annexer un sommaire, rédigé par le candidat en collaboration avec le superviseur, portant à la fois sur le travail accompli au cours de l'année dans le cadre de la bourse ainsi que sur le programme pour l'année à venir. Ce sommaire ne doit pas dépasser trois pages (texte dactylographié à simple interligne, sur un côté seulement de la feuille, marges de 1 pouce, jeu de caractères de 12 points uniquement) et doit être annexé à la suite de cette page-ci.

Les références doivent être annexées à la suite du sommaire de trois pages.

E. ENGAGEMENT DU CANDIDAT

Le soussigné a rédigé, en collaboration avec le superviseur, le sommaire de la formation proposée, et accepte par la présente les conditions régissant l'attribution des bourses de fellowship du Département de Médecine; le soussigné est d'accord avec ces conditions.

Veillez noter que les candidats qui sont médecins doivent être admissibles à l'exercice de la profession et doivent fournir un document des autorités provinciales compétentes attestant de ce droit.

Signature du candidat _____

Date _____

UNE FOIS QUE LES SECTIONS A À E ONT ÉTÉ REMPLIES, LE FORMULAIRE DE DEMANDE DEVRAIT ÊTRE ACHÉMINÉ AU DIRECTEUR DE RECHERCHE PROPOSÉ QUI DOIT REMPLIR LES SECTIONS F À I.

Les sections F à I doivent être complétées par le dir. de recherche ou de programme proposé. Veuillez noter que ce professeur doit faire partie du département de médecine.

F. PROGRAMME DE FORMATION PROPOSÉ

Nom du dir. de recherche ou de programme _____

Nom du candidat _____

Titre du projet de recherche du candidat _____

Co-directeur _____

(si présence d'un codirecteur, expliquer son rôle en regard de la proposition soumise et fournir un CV à jour)

Veuillez fournir une brève description du programme de formation qui sera entrepris par le candidat.

G. DIRECTEUR DE RECHERCHE PROPOSÉ (le directeur a le choix de remplir la section G ou de fournir un exemplaire de son CV. Le CV commun des IRSC est exigé pour la supervision d'étudiants post doctoraux en fellowship de recherche)

Formation postdoctorale

| Dates | Établissement | Département | Dir. de rech. |
|-------|---------------|-------------|---------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Postes universitaires détenus

| Dates | Établissement | Département | Poste |
|-------|---------------|-------------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Prix et distinctions

G. DIRECTEUR DE RECHERCHE PROPOSÉ (suite)

Expérience en matière de supervision (fellowship de recherche)

Veillez indiquer les noms des stagiaires que vous avez supervisés ou cosupervisés (et ceux que vous supervisez ou cosupervisez à l'heure actuelle) au cours des cinq (5) dernières années.

| Nom | Programme | Dates (du/au) | Diplôme (reçu/prévu) | Année d'obtention du diplôme |
|-------|-----------|---------------|----------------------|------------------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Sources d'appui (fellowship de recherche)

| | | | | |
|---------------------------|------------------------------|--------------|------------------------------|--------------|
| <u>Subvention 1</u> | <input type="checkbox"/> | Octroyée | <input type="checkbox"/> | Demandée |
| Organisme subventionnaire | _____ | | | |
| Titre du projet | _____ | | | |
| Heures par semaine | _____ | | | |
| Période d'appui | _____ | | | |
| Montant | _____ | | | \$ |
| <u>Subvention 2</u> | <input type="checkbox"/> | Octroyée | <input type="checkbox"/> | Demandée |
| Organisme subventionnaire | _____ | | | |
| Titre du projet | _____ | | | |
| Heures par semaine | _____ | | | |
| Période d'appui | _____ | | | |
| Montant | _____ | | | \$ |
| <u>Subvention 3</u> | <input type="checkbox"/> | Octroyée | <input type="checkbox"/> | Demandée |
| Organisme subventionnaire | _____ | | | |
| Titre du projet | _____ | | | |
| Heures par semaine | _____ | | | |
| Période d'appui | _____ | | | |
| Montant | _____ | | | \$ |

Si le dir. de recherche bénéficie de plus de trois subventions, ou s'il bénéficie de plus de trois subventions et qu'il a fait une demande pour d'autres subventions, des pages additionnelles devraient être annexées à la suite de cette page-ci.

G DIRECTEUR DE RECHERCHE PROPOSÉ (suite)

Publications

Veillez indiquer le nombre de publications comme suit :

| | Total | Depuis cinq ans |
|--|-------|-----------------|
| Articles revus par un comité de lecture, publiés | _____ | _____ |
| Articles revus par un comité de lecture, acceptés ou sous presse | _____ | _____ |
| Articles revus par un comité de lecture, soumis | _____ | _____ |
| Chapitres de livres, publiés ou sous presse | _____ | _____ |
| Résumés | _____ | _____ |
| Brevets détenus ou en attente, y compris les logiciels | _____ | _____ |

Veillez fournir les références complètes pour toutes vos publications depuis les cinq dernières années en les classant selon les catégories ci-haut. Vous pouvez utiliser des pages additionnelles, et devez les annexer à la suite de cette page-ci.

H. ENGAGEMENT DU DIRECTEUR DE RECHERCHE OU DE PROGRAMME

J'ai pris connaissance du programme de formation de recherche proposé par le candidat; j'ai contribué à ce programme et je l'approuve. Si une bourse est octroyée, je m'engage à accepter le boursier pour une formation de recherche dans mon laboratoire ou dans mon programme. Je certifie que des ressources adéquates seront disponibles pour couvrir les coûts de la recherche et supporter cet étudiant, et pour lui procurer l'exposition clinique dont il aura besoin pour atteindre ses objectifs selon le programme planifié.

Signature du directeur _____ Date _____

I. APPUI DU DIRECTEUR DE SERVICE

Commentaires sur la candidature.

Signature du directeur _____ Date _____

UNE FOIS QUE LES SECTIONS F À I ONT ÉTÉ REMPLIES, LE FORMULAIRE DE DEMANDE DEVRAIT ÊTRE RETOURNÉ AU CANDIDAT QUI SE CHARGERA DE LE FAIRE PARVENIR AU DÉPARTEMENT.