



the CTN
CIHR Canadian
HIV Trials Network

le Réseau
Réseau canadien
pour les essais VIH des IRSC

Formulaire de demande – programme de bourses postdoctorales du Réseau

Remarque : Ce formulaire doit être rempli en totalité. Le formulaire rempli doit être reçu au plus tard le 1er février 2023 par le Réseau.

Remarque : Vous devrez disposer d'une version actuelle d'Adobe Acrobat Reader (gratuit) ou d'Adobe Writer ou d'Adobe Professional pour remplir et envoyer ce formulaire. Pour une mise à jour, allez sur le site: <http://www.adobe.com/products/reader/>.

Liste de contrôle du demandeur

Cette demande contient:

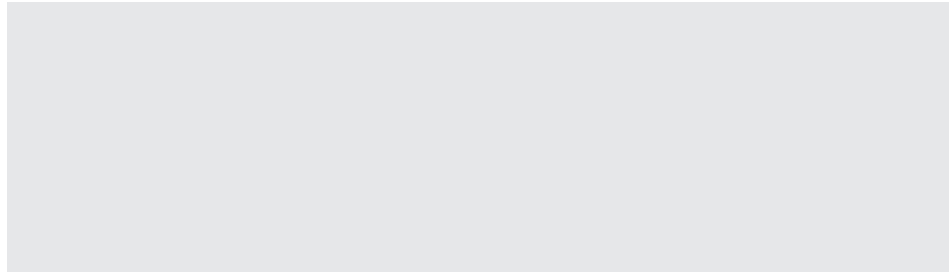
- Le formulaire de demande, entièrement rempli et signé
- Une lettre de motivation du candidat (voir page 4 des directives)
- Une lettre d'engagement du superviseur proposé (voir page 4 des directives)
- Lettres d'au moins deux références (en plus de celle du superviseur)
- Lettre de l'institution de parrainage (y compris l'organisme de surveillance éthique)
- Tout autre document pertinent
 - Diplôme Ph. D., le cas échéant
 - Licence M.D., le cas échéant
 - Protocole de recherche, le cas échéant
 - Autre document

Réseau canadien pour les essais VIH des IRSC
570 - 1081 Burrard Street,
Vancouver, BC V6Z 1Y6

Tél : 604 806 8327
ctninfo@hivnet.ubc.ca
www.hivnet.ubc.ca

1. Nom de famille, prénom

Veillez entrer dans la case grise



2. Status de citoyenneté

- Canadien
- Résident permanent du Canada
- Étranger

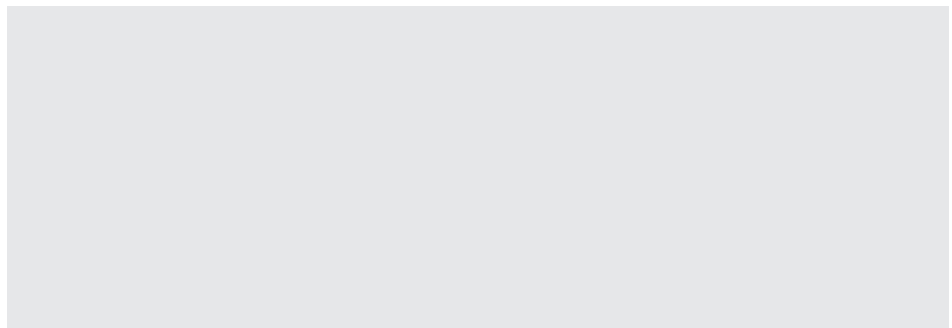
3. Adresse postale actuelle

Merci d'inclure :

Votre adresse postale au travail

Votre numéro de téléphone (à la maison, au travail et le mobile)

Adresse de courriel



4. Emplacement de la formation proposée

Département

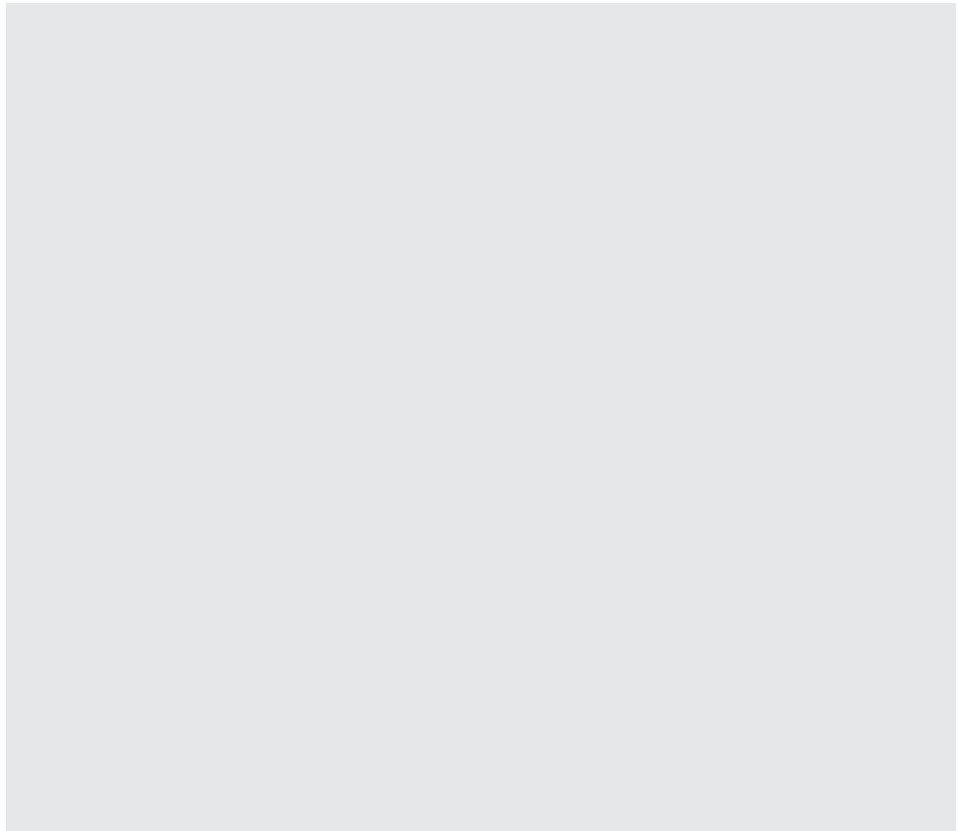
Faculté

Université

Superviseur(s)

Téléphone et adresse courriel
du(des) superviseur(s)

Adresse postale **complète**
pour la **formation**



5. Diplômes et certifications de spécialité

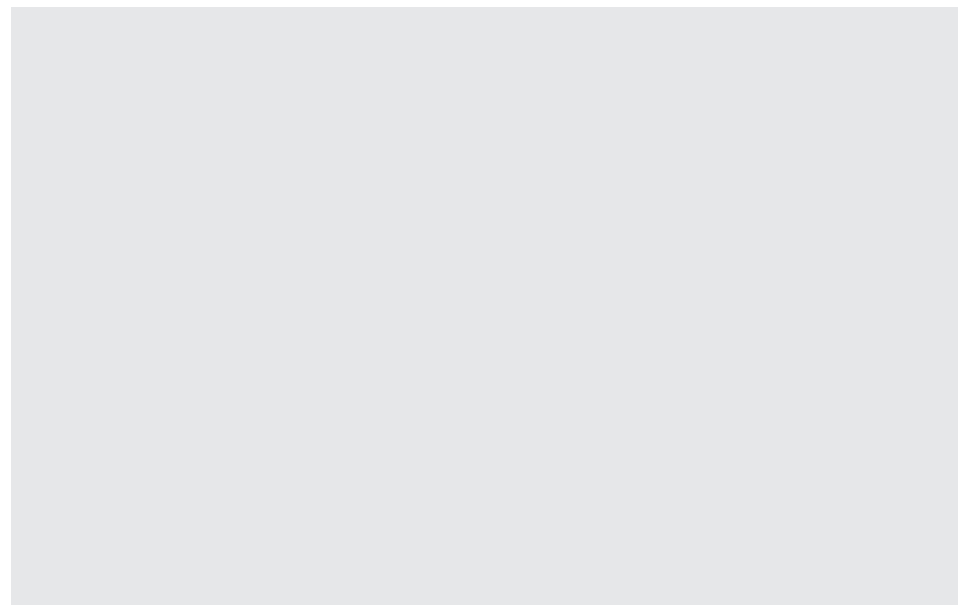
Inclure ceux qui sont
attendus dans les 12
prochains mois.

Titre

Institution

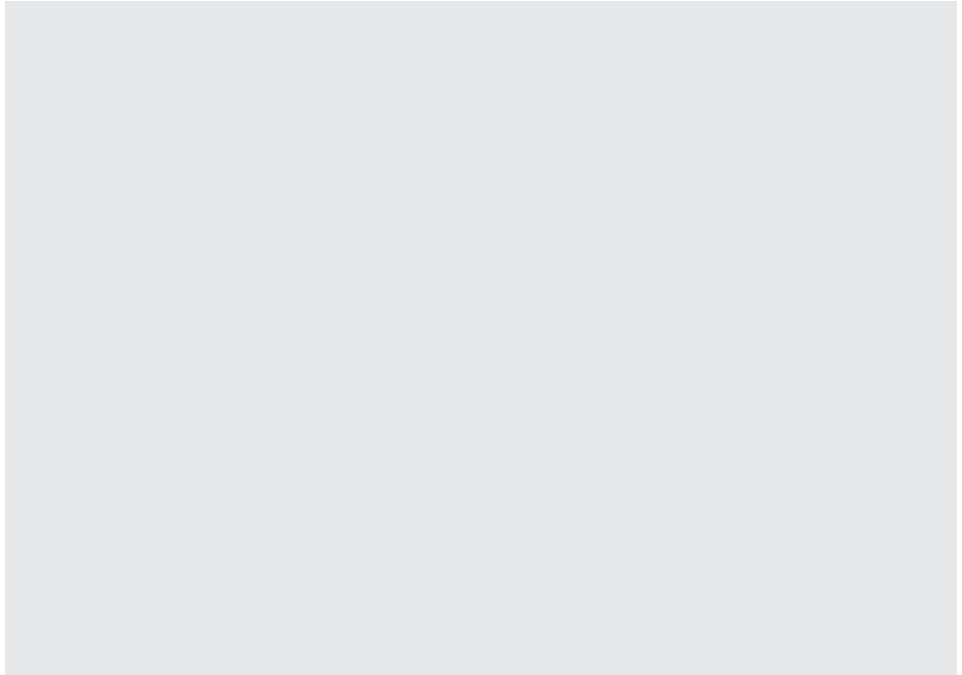
Spécialité

Date



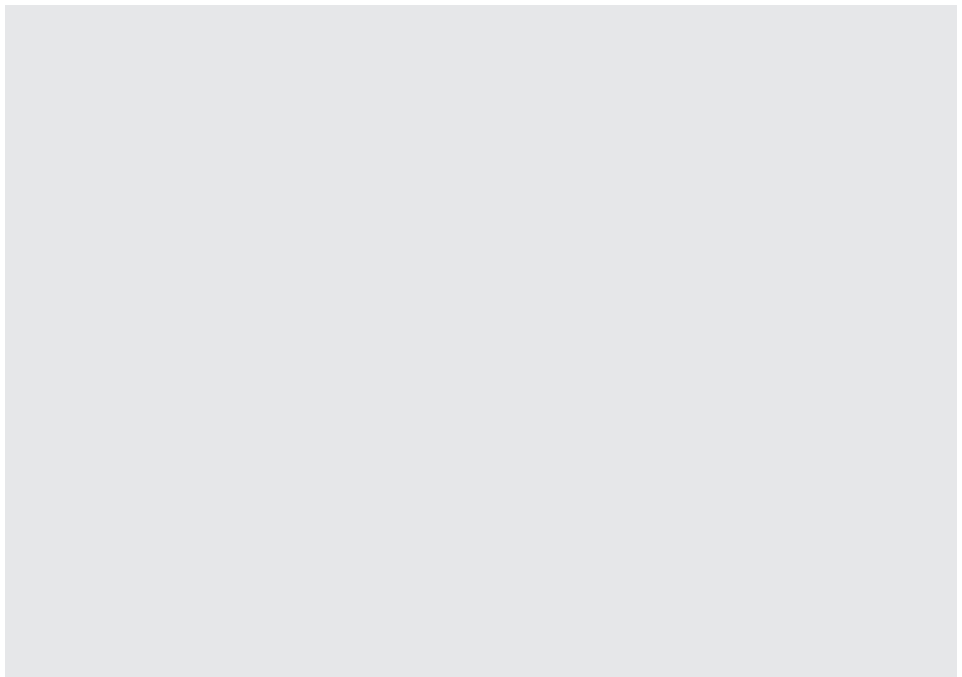
6 **Expérience d'études**

Dressez la liste, en commençant par la plus récente, de toutes les formations et institutions de troisième cycle en clinique et en recherche. Dans le cas d'une expérience de recherche, y compris la formation M. Sc. et Ph. D., nom du superviseur et sujet de la recherche.



7. **Distinctions et récompenses**

Énumérez les prix de premier et de deuxième cycle que vous avez obtenus, en indiquant le type et les dates.



8. Publications

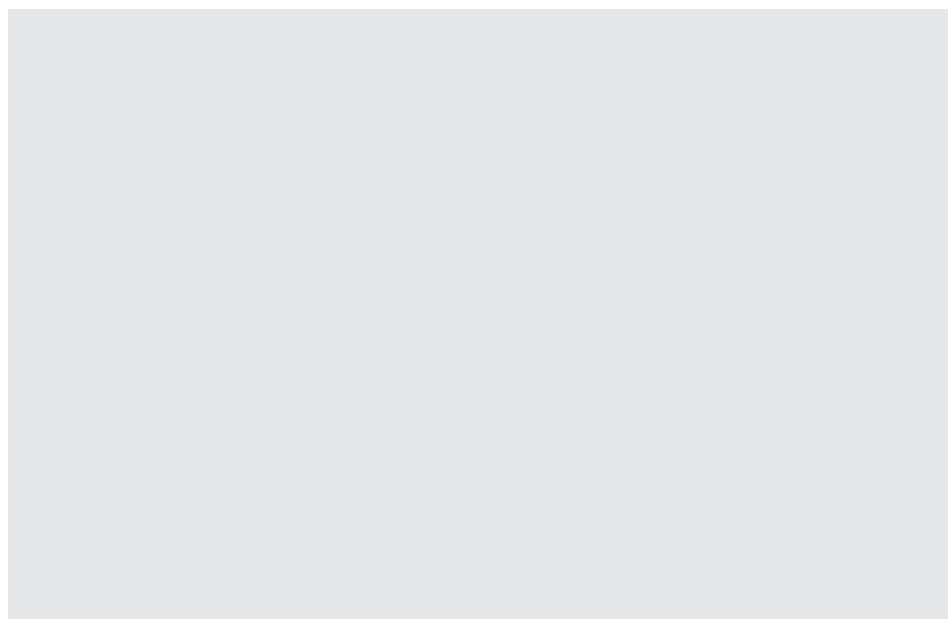
Joignez une liste (a) des articles (b) des chapitres de livres et (c) des résumés que vous avez publiés ou soumis, en indiquant les titres, les références et les co-auteurs (le cas échéant). Veuillez également indiquer brièvement l'ampleur de votre contribution. Notez que des copies de vos publications (publiées ou sous presse) ne sont pas requises.

	Nombre de publications	Nombre de chapitres de livres	Nombre de résumés
Co-auteur			
Auteur principal			
Auteur unique			
Total			

9. Domaines de recherche et objectifs visés par la formation

- a) Objectifs
- b) Hypothèse
- c) Méthodes
- d) Plan de l'analyse statistique, le cas échéant
- e) Engagement communautaire
- f) Application des connaissances

Veuillez joindre des pages supplémentaires le cas échéant.



10. Avez-vous entrepris ou prévu d'effectuer d'autres études?

Si oui, précisez le diplôme, la discipline, l'institution et l'année prévue.

Oui

Non

11. Avez-vous fait une demande pour d'autres bourses? Si oui, le décrire ci-dessous.

12. Références

Indiquez les noms d'au moins deux personnes dont les références accompagnent la présente demande.

13. Titre et résumé de la recherche qui sera menée par le candidat dans le cadre de la bourse proposée

Maximum de 2000 mots (4 pages à simple interligne, police 11, joindre des pages supplémentaires si nécessaire).

14. Attribution du temps de formation

Y compris les travaux de laboratoire, la recherche clinique, les cours et l'analyse documentaire.

Formation à la recherche _____%

Enseignement des techniques cliniques, des soins aux patients et des autres responsabilités des cours liés à la résidence clinique. Ne pas dépasser 25 %.

Formation clinique _____%

15. Engagement du demandeur

Je comprends et j'accepte de remplir les conditions de cette bourse telles que décrites dans les directives.

Signature

Date

16. Engagement du directeur de la formation

Si une bourse est accordée, j'accepterai le boursier pour une formation à la recherche dans mon institution. Des ressources adéquates seront disponibles pour couvrir les coûts de la recherche du boursier.

Signature

Date

17. Engagement de l'institution de parrainage

Nom du département au sein de l'institution de parrainage qui est prêt à parrainer cette proposition de bourse et à nommer le boursier à un poste approprié au sein du département et coordonnées du responsable autorisé approprié ci-dessous.

Signature _____ Date _____

Responsable autorisé approprié