



Financement fourni par:



RÉSEAU DE FORMATION EN RECHERCHE EN PHYSIQUE MÉDICALE – CRSNG FONCER



Formulaire de demande de financement



S'agit-il d'un renouvellement? oui \_\_\_ non \_\_\_

Nom de l'étudiant _____ Prénom _____	Salutations Mme. ___ M. ___ Dr. ___
--------------------------------------	--

Adresse institutionnelle  (numero de local) _____	Département : _____ Téléphone : _____ Courriel : _____
---	--

Nom de superviseur _____ Adresse institutionnelle _____
--

Titre du projet _____
-----------------------

Programme étudiant M.Sc2 _____, Ph.D1 _____, Ph.D2 _____, Ph.D3 _____, Postdoc1 _____, Postdoc2 _____
--

Preuve de description jointe _____ sera envoyée _____	Relevés de notes joints _____ seront envoyés _____	Date prévue de diplomation MSc/PhD/PDF _____
---	--	---

Les candidates doivent divulguer toutes leurs sources de financement	Source : _____ Date de fin _____
	Source : _____ Date de fin _____

**Prière de compléter et de joindre le formulaire d'évaluation du candidat et d'information sur le projet**

<p><b><u>Divulgarion du candidat</u></b></p> <p>J'accepte d'informer le programme de formation de toute nouvelle source de financement obtenue et ne figurant pas sur ce formulaire.</p> <p><b>Nom</b> _____</p> <p><b>Signature</b> _____</p>	<p><b><u>Contribution du superviseur</u></b></p> <p>Dans le cas où le candidat obtiendrait du financement du programme FONCER, j'accepte de contribuer à même hauteur à son financement à partir d'autres fonds.</p> <p><b>Nom</b> _____</p> <p><b>Signature</b> _____</p>
--	--