



Formulaire du directeur de recherche (1)

À être complété par le directeur de recherche

NOM DU CANDIDAT :

NOM DU DIRECTEUR DE RECHERCHE :

ÉTABLISSEMENT ET ADRESSE:

TÉLÉPHONE :

TÉLÉCOPIEUR :

COURRIEL :

JE CONNAIS LE CANDIDAT DEPUIS: EN TANT QUE:

	Année	mois
Professeur:	<input type="radio"/>	
Directeur de recherche:	<input checked="" type="radio"/>	
Autre (spécifiez) :	<input type="radio"/>	

ÊTES-VOUS UN MENTOR DE L'ISFRSR?

Oui: Non :

Si non,

- Est-ce qu'un Mentor de l'ISFRSR a été identifié en tant que co-directeur pour le candidat?

Oui: Non :

- Nom du Mentor :

CECI EST UNE DEMANDE POUR : POUR QUEL PROGRAMME DE FORMATION :

Fonds d'appariement :

Support complet :

MSc	Post-doc
PhD	Fellowship en recherche clinique

	Exceptionnel	Au-dessus de la moyenne	Dans la moyenne	Au-dessous De la moyenne	Ne puis juger
Leadership professionnel					
Aptitude à la recherche					
Originalité					
Jugement					
Motivation					
Autonomie					
Expression orale					
Expression écrite					
Facilité à travailler en interdisciplinarité					

Veillez justifier votre évaluation en précisant ses aptitudes spéciales et ses faiblesses

Signature : _____ **date :**

Procédures administratives
SVP Compléter ce formulaire et l'envoyer à :

**Initiative Stratégique de Formation en Recherche dans le domaine de la Santé de la
Reproduction (ISFRSR)**
Centre de recherche, Hôpital Sainte-Justine,
3175 Ste-Catherine, bureau 4986B
Montréal, Qc. H3T 1C5
Tél : (514) 345-2155 ou (514) 345-4931, poste 3633; fax : (514) 345-2195