

**Bourse de recherche d'AllerGen à l'intention des nouveaux cliniciens-chercheurs pour 2012-2013**

**FORMULAIRE DE DEMANDE**

Nom du demandeur :	Prénom	Nom de famille		Date
Adresse postale :	Rue		# d'appartement/d'unité	
	Ville		Pays	Code postal
Téléphone (au travail) :	(    )	Courriel :		
Téléphone (à la maison) :	(    )			
Êtes-vous un citoyen canadien? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		Si NON, êtes-vous un immigrant ayant reçu le droit d'établissement ou un résident permanent? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Formation de sous-spécialité en allergologie et immunologie clinique		Date de début jour/mois/année	Date de fin jour/mois/année	Établissement canadien

Décrivez de quelle manière la Bourse de recherche d'AllerGen à l'intention des nouveaux cliniciens-chercheurs contribuera à votre perfectionnement professionnel et accélérera la réalisation de vos objectifs de carrière à long terme. Donnez également un aperçu de la possibilité de formation, y compris de la nature du milieu d'apprentissage et de l'encadrement qui seront offerts. Maximum de trois (3) pages.

Décrivez le projet de recherche proposé. (Maximum de cinq (5) pages, en plus des références jointes séparément.)

<b>Expérience de travail pertinente</b>			
Poste occupé et nature du travail (en commençant par votre emploi actuel) Temps plein – temps partiel	Organisation	Superviseur	Période (mois/année – mois/année)

<b>Acquis scolaire (y compris les programmes actuels et antérieurs menant à un grade)</b>				
Diplômes	Nom de la discipline	Département, établissement et pays	Début (mois et année)	Mois et année d'octroi réel ou prévu
Nom du superviseur actuel :				
Titre :				
Université et adresse postale :				
Numéro de téléphone de la personne ressource :				

<b>Bourses d'études et autres bourses obtenues (en commençant par la plus récente)</b>					
Nom de la bourse	Valeur (en \$ CA) ou indiquer la devise	Niveau Institutionnel, provincial, national, international	Type Universitaire, recherche, leadership, communication	Lieu de validité	Période de validité (mois/année-mois/année)

**CV commun des IRSC**

OUI, CV commun des IRSC joint


<b>Veillez joindre les relevés de notes</b>			
<p>Relevés de notes joints (# de relevés de notes = ___)  <i>Veillez énumérer les établissements d'où proviennent ces relevés.</i></p>			
<b>Veillez joindre la preuve de formation de sous-spécialité en allergologie et immunologie clinique</b>			
<p>Preuve de formation de sous-spécialité en allergologie et immunologie clinique :  <i>Veillez indiquer le nom du ou des établissements)</i></p>			
<b>Veillez joindre la lettre attestant que vous êtes retenu pour un poste de professeur débutant (facultatif)</b>			
<p>Lettre d'attestation concernant le poste de professeur débutant provenant de :  <i>Veillez indiquer le nom de l'établissement</i></p>			
<b>Veillez joindre une lettre décrivant les possibilités de financement provincial de la recherche (facultatif)</b>			
<p>Lettre relative au financement provincial provenant de :  <i>Veillez indiquer la source de financement</i></p>			
<b>Veillez joindre les formulaires d'évaluation des parrains</b>			
<p>Formulaires d'évaluation des parrains provenant de :  <i>Veillez inscrire le nom des parrains</i></p>			
<b>Veillez joindre la ou les lettres d'appui</b>			
<p>Lettre(s) d'appui jointe(s) (# de lettres = ___) provenant de :  <i>Veillez inscrire le nom des auteurs de ces lettres</i></p>			
<b>Références</b>			
<b>Référence professionnelle n° 1 :</b>			
Nom :			
Titre :			
Lien avec le demandeur :			
Adresse postale :	Rue :	# d'appartement/d'unité :	
	Ville :	Pays :	Code postal :
Téléphone (au travail) :			
Autre n° de téléphone :		Adresse électronique :	

<b>Référence professionnelle n° 2 :</b>			
Nom :			
Titre :			
Lien avec le demandeur :			
Adresse postale :	Rue :	# d'appartement/d'unité	
	Ville :	Pays :	Code postal :
Téléphone (au travail) :			
Autre n° de téléphone :		Adresse électronique :	
<b>Référence professionnelle n° 3 :</b>			
Nom :			
Titre :			
Lien avec le demandeur :			
Adresse postale :	Rue :	# d'appartement/d'unité	
	Ville :	Pays :	Code postal :
Téléphone (au travail) :			
Autre n° de téléphone :		Adresse électronique :	
<b>Avertissement et signature</b>			
<p>Par la présente, je comprends et je conviens que toute bourse accordée par suite de cette demande sera assujettie aux modalités d'AllerGen RCE Inc. qui la régissent.</p>			
Signature du demandeur :		<b>Date :</b>	
Signature du superviseur actuel :		<b>Date :</b>	

**Veillez faire parvenir votre demande à l'adresse suivante :**

Bourse de recherche d'AllerGen à l'intention des nouveaux cliniciens-chercheurs pour 2012-2013  
 AllerGen RCE Inc., à l'attention de : Michelle Harkness  
 Université McMaster  
 Michael G. DeGroot Centre for Learning and Discovery  
 1280, rue Principale Ouest, pièce 3120  
 Hamilton (Ont.) L8S 2A5  
 Téléphone : 905-525-9140 poste 26633  
 Télécopieur 905-524-0611. Courriel : [michelle.harkness@allergen-nce.ca](mailto:michelle.harkness@allergen-nce.ca)

Financement en partenariat obtenu ou en attente				
Nom de l'organisation	Fonds engagés	Titre du signataire	Signataire autorisé pour votre établissement	Date
<b>Total des fonds en partenariat engagés</b>	<b>\$</b>			

Liste de vérification de la Bourse de recherche à l'intention des nouveaux cliniciens-chercheurs :	 si fourni
Formulaire de demande dûment rempli	
Module CV commun des IRSC joint	
Description du projet de recherche	
Preuve de formation de sous-spécialité en allergologie et immunologie clinique	
Lettre de l'établissement d'accueil confirmant le poste de professeur débutant	
Lettre décrivant les possibilités de subvention provinciale à la recherche (s'il y a lieu)	
Trois (3) formulaires d'évaluation de parrain	
Lettre(s) d'appui du ou des superviseurs	
Relevés de notes officiels	
Le dossier de demande original et sept (7) exemplaires livrés en mains propres ou par messenger d'ici le vendredi 13 avril 2012, au plus tard à 12 h 00 HNE.	