

STAGIAIRES POSTDOCTORAUX (CANADIENS ET RÉSIDENTS PERMANENTS)

Ce formulaire doit être rempli au complet par l'hôte et l'administration de la faculté puis envoyer au Cabinet des études supérieures et postdoctorales (CÉSP) à postdoc@uOttawa.ca avec toute la documentation nécessaire. Veuillez visiter [notre Site Web](#) pour une liste des documents justificatifs requis.

| A. INFORMATION PERSONNELLE DU STAGIAIRE POSTDOCTORAL | | | | | |
|--|--|--|--|------------------------|--|
| 1. NOM(S) | | Rodriguez | | | |
| 2. PRÉNOM(S) | | Galaxia Maria | | | |
| 3. ADRESSE COURRIEL | | garodriguez@ohri.ca | | | |
| 4. SEXE | | 5. DATE DE NAISSANCE | | 6. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE | |
| HOMME <input type="radio"/> FEMME <input checked="" type="radio"/> AUTRE <input type="radio"/> | | 1984 11 26 <small>ANNÉE MOIS JOUR</small> | | 8195746118 | |
| 7. ADRESSE POSTALE | | | | | |
| 30 rue de l'éclipse, Gatineau, QC, J9A3E3 | | | | | |

| B. INFORMATION ACADÉMIQUE | | | | | | | | |
|--|--|--|---------------|--|---------------------------|---------------------------|------|------|
| 8. NOM DE L'UNIVERSITÉ OÙ VOUS AVEZ REÇU VOTRE DOCTORAT | | | | | | | | |
| Université de Sherbrooke | | | | | | | | |
| 9. DATE OU DATE PRÉVUE D'OBTENTION DU DOCTORAT (PREUVE REQUISE) | | | | 2017 <small>ANNÉE</small> | 09 <small>MOIS</small> | 06 <small>JOUR</small> | | |
| 10. NOM DU DIRECTEUR DE RECHERCHE À L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA | | | | | | | | |
| Dr. Barbara Vanderhyden | | | | | | | | |
| 11. ADRESSE COURRIEL DU DIRECTEUR DE RECHERCHE | | | | | | | | |
| bvanderhyden@ohri.ca | | | | | | | | |
| 12. AVEZ-VOUS COMPLÉTÉ UN STAGE POSTDOCTORAL AUPARAVANT | | | | OUI <input type="radio"/> NON <input checked="" type="radio"/> | | | | |
| 13. SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER VOS STAGES POSTDOCTORAUX PRÉCÉDENTS CI-DESSOUS | | | | | | | | |
| NOM DE L'INSTITUTION | | | DATE DE DÉBUT | | DATE DE FIN | | | |
| | | | ANNÉE | MOIS | JOUR | ANNÉE | MOIS | JOUR |
| | | | ANNÉE | MOIS | JOUR | ANNÉE | MOIS | JOUR |
| | | | ANNÉE | MOIS | JOUR | ANNÉE | MOIS | JOUR |

| C. INFORMATION DE LA FACULTÉ ET DU DÉPARTEMENT | |
|--|--|
| 14. FACULTÉ uOttawa | Medicine |
| 15. DÉPARTEMENT uOttawa | Cellular and Molecular Medicine |
| 16. TRAVAILLEZ-VOUS AVEC UN INSTITUT AFFILIÉ | OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/> |
| 17. SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER LEQUEL | OHRI |

Université d'Ottawa | University of Ottawa

Stagiaires Postdoctoraux

Ce formulaire doit être rempli au complet par l'hôte et l'administration de la faculté puis envoyer au Cabinet des études supérieures et postdoctorales (CÉSP) à postdoc@uOttawa.ca avec toute la documentation nécessaire. Veuillez visiter [notre Site Web](#) pour une liste des documents justificatifs requis.

| D. COMPENSATION | | | | | |
|--|------|-----------------|-------|----------------------------|------|
| 18. COMPENSATION PAR L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA (SALAIRE ANNUEL SEULEMENT) <input type="checkbox"/> MONTANT: | | | | | |
| 19. DATE DE DÉBUT | | 20. DATE DE FIN | | 21. DURÉE TOTALE (EN MOIS) | |
| ANNÉE | MOIS | JOUR | ANNÉE | MOIS | JOUR |
| 22. COMPENSATION PAR DES SOURCES EXTERNES (PREUVE REQUISE) <input checked="" type="checkbox"/> MONTANT: 56000 | | | | | |
| 23. DATE DE DÉBUT | | 24. DATE DE FIN | | 25. DURÉE TOTALE (EN MOIS) | |
| ANNÉE | MOIS | JOUR | ANNÉE | MOIS | JOUR |
| 2021 | 08 | 01 | 2022 | 07 | 31 |
| 12 | | | | | |
| VEUILLEZ INDIQUER TOUTES LES SOURCES DE FINANCEMENT QUI S'APPLIQUENT À VOTRE STAGE POSTDOCTORAL | | | | | |

| E. COMMENTAIRES (OPTIONNEL) |
|-----------------------------|
| |

| F. SIGNATURES | |
|---|---|
| EN SÉLECTIONNANT "JE CONSENS" ET EN ENTRANT VOTRE NOM CI-DESSOUS, VOUS ACCEPTEZ QUE L'INFORMATION FOURNIE SOIT CORRECTE ET EXACTE AU MEILLEUR DE VOS CONNAISSANCES. | |
| 26. DIRECTEUR DE RECHERCHE <input checked="" type="checkbox"/> JE CONSENS | 29. STAGIAIRE POSTDOCTORAL <input checked="" type="checkbox"/> JE CONSENS |
| 27. DATE | 30. DATE |
| ANNÉE | ANNÉE |
| MOIS | MOIS |
| JOUR | JOUR |
| 2021 | 2021 |
| 07 | 07 |
| 16 | 15 |
| 28. NOM | 31. NOM |
| Barbara Vanderlyde | |

| SEULEMENT POUR UTILISATION INTERNE | | | | | |
|------------------------------------|--|--------------------------------------|---------------------------|---------------|------|
| APPROUVÉ PAR CÉSP | | OUI <input checked="" type="radio"/> | NON <input type="radio"/> | VALIDÉ PAR RH | |
| PAR: | | DATE | | PAR: | |
| Patrick Lalonde | | ANNÉE | MOIS | JOUR | DATE |
| COMMENTAIRES: | | ANNÉE | | MOIS | JOUR |
| | | | | | |
| COMMENTAIRES: | | | | | |