**FORMULAIRE**

**Appel de projets pour le développement de la recherche dans**

**les cliniques universitaires**

|  |
| --- |
| **Demandeur** |
| Nom et prénom :  |
| Fonction et rang :  |
| Matricule : |
| Département/École :  |
| Faculté :  |
| Code de l’unité administrative : |
|  |
| **Cochercheur(es)** *(copier les lignes si plus d’un cochercheur)* |
| Nom et prénom :  |
| Fonction et rang :  |
| Département/École :  |
| Faculté :  |
|  |
| **Titre du projet :**  |
|  |
|   |
| **Signatures** |
| Chercheur principal :  | Date :  |
| Vice-doyen à la recherche :  | Date   |
| Cochercheur : *(copier la ligne si plus d’un cochercheur)* | Date :  |