**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 : |