

Direction du Centre de recherche
3175, Chemin de la côte-Sainte-Catherine
Montréal (Québec) H3T 1C5

Écrire en caractères d'imprimerie S.V.P.

**Formulaire de demande d'adhésion/renouvellement
à titre de chercheur(-euse) associé(e), invité(e),
professionnel(le) de la santé**
Centre de recherche Azrieli du CHU Sainte-Justine

Ce formulaire doit être accompagné d'un curriculum vitae à jour.

☐ Nouvelle demande ☐ Renouvellement

Statut de chercheur(-euse) sollicité

☐ Associé ☐ Professionnel de la santé ☐ Invité

1- Identification de la personne requérante

Nom et prénom : _____

Courriel : _____

1.1 Affiliation clinique

Titre d'emploi : _____

Service : _____

Département : _____

1.2 Affiliation universitaire

Statut universitaire : _____

Département : _____

Faculté : _____

Université (si autre que l'UdeM) : _____

2- Identification de l'axe

Axe de recherche : Choisir l'axe de recherche

3- Pourcentage estimé du temps dédié aux activités de recherche au Centre de recherche Azrieli du CHU Sainte-Justine par rapport à l'ensemble des activités professionnelles au CHU Sainte-Justine ou ailleurs.

%

4- Déclaration

La personne requérante déclare que les renseignements précédents sont exacts et complets et s'engage à fournir toute information complémentaire pouvant s'avérer nécessaire pour permettre une prise de décision éclairée.

Signature de la personne requérante

Date

J'ai pris connaissance de la lettre de motivation et du curriculum vitae du
Dr/Prof. _____ et j'approuve sa demande
d'adhésion au Centre de recherche Azrieli du CHU Sainte-Justine.

Nom de la ou du chef(fe) de
service clinique ou supérieur(e)
immédiat(e)

Signature

Date

Espace réservé à l'administration

Reçu par :

Date :

Demande acceptée : ☐

Demande refusée : ☐

Assistante affaires scientifiques, Direction de la recherche, CHUSJ
Bureau : 1.17.004, # poste 7816