

**PROTOCOLE DE RENOUVELLEMENT D’UN STAGE POSTDOCTORAL**

**identification**

**Prénom**

**Nom de famille**

 

**Adresse courriel**

**Code permanent**

 

**Professeur superviseur**

**Nom et prénom du professeur**



**Département et/ ou unité de recherche**



**Durée du renouvellement** (La durée pour un renouvellement doit être d’un maximum d’un an.)

**Date fin**

**Date début**

**Nom et numéro du programme**

** **

**Financement**

**Bourse**  **Salaire**   **Autre**  **Montant annuel :**

**Spécifiez la provenance :**

***Nous nous engageons à respecter la Politique sur les stagiaires postdoctoraux et les termes de ce protocole.***

**Signature du stagiaire Date**

**Signature du professeur superviseur Date**

**Signature du directeur de département Date**

**Pour les stagiaires étrangers :**

* Vous devez fournir en plus, votre permis de travail ainsi qu’une preuve d’assurance maladie et hospitalisation valides.

**Réservé au Bureau du registraire**

Admis le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_