

STAGE EN MÉDECINE AÉROSPATIALE

Demande d'inscription à un stage en médecine aérospatiale

Veillez vous assurer de fournir tous les renseignements pertinents dans le formulaire de demande. Aucun document supplémentaire (p. ex., un curriculum vitae) ne sera évalué. **À part les activités, la formation ou les associations reliées à la médecine aérospatiale, inclure seulement l'expérience, le service, les activités et les prix complétés ou reçus après l'école secondaire.**

Énoncé de confidentialité

Les mesures nécessaires ont été prises pour protéger la confidentialité des renseignements personnels que vous fournissez. Les renseignements que vous fournissez sont recueillis en vertu de la Loi sur l'Agence spatiale canadienne. Nous utiliserons cette information pour sélectionner les candidats aux Stages en médecine aérospatiale. Les renseignements de candidats non-retenus seront conservés dans la banque d'informations personnelles numéro ASC PPU 030 pour 2 ans et en suite, seront détruits. Les renseignements de candidats retenus ainsi que leurs rapports de recherche seront conservés pour les raisons historiques. Les renseignements sont protégés en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels.

La Loi sur la protection des renseignements personnels vous confère des droits relativement aux renseignements que vous fournissez. Sur demande, vous pouvez :

- Obtenir l'accès à votre dossier
- Demander que l'on corrige toute information erronée ou que l'on joigne un avis à cet effet.

Pour plus de détails concernant vos droits, consultez [InfoSource](#).

Page laissée en blanc intentionnellement

Demande d'inscription à un stage en médecine aérospatiale

Dactylographier ou écrire en lettres moulées à l'encre noire seulement

INDIQUER LE STAGE RETENU Les préférences aideront le comité de sélection à assigner aux candidats retenus le stage le plus approprié :

JSC Aerospace Medicine Clerkship (avril 2012) UTMB Introduction to Aerospace Medicine (juillet 2012)
 JSC Aerospace Medicine Clerkship (octobre 2012) Pas de préférence

Raison de préférence de stage :

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom de famille du candidat :	Prénom :	Initiale(s) de tous les prénoms :
Adresse actuelle (toute la correspondance sera envoyée à cette adresse) :		Téléphone :
		Télécopieur :
		Courriel :

CITOYENNETÉ

<input type="checkbox"/> Citoyen canadien	<input type="checkbox"/> Résident permanent du Canada	<input type="checkbox"/> Autre
Donnez le pays de citoyenneté		

FORMATION UNIVERSITAIRE

Diplôme	Nom de la discipline	Département, établissement et pays	Mois et année commencé	Mois et année obtenu/ prévu
Baccalauréat				
Maîtrise				
M.D.				
Résidence				
Doctorat				



Nom :

EXPÉRIENCE EN MILIEU DE TRAVAIL (Toute expérience de travail, non limitée au domaine médical)		
Poste occupé et nature du travail (commencez par la plus récente)	Établissement et département	Période (mm/aaaa-mm/aaaa)



Nom:

EXPÉRIENCE EN RECHERCHE		
Poste occupé et nature du travail (commencez par la plus récente)	Établissement et département	Période (mm/aaaa-mm/aaaa)

Nom :

PUBLICATIONS ET PRÉSENTATIONS (commencez par la plus récente)

Empty box for listing publications and presentations.

Nom :

TRAVAIL COMMUNAUTAIRE

Poste occupé et nature du travail (commencez par la plus récente)	Établissement et département	Période (mm/aaaa-mm/aaaa)

Nom :

ACTIVITÉS, FORMATION OU ASSOCIATIONS RELIÉES À LA MÉDECINE AÉROSPATIALE
 (Inclure les activités reliées à l'aviation, l'espace ou la médecine expéditionnaire (c.-à-d. pilote, Université internationale de l'espace, la médecine lointaine ou de région éloignée, MEDEVAC)). Peut inclure des activités pendant l'école secondaire.

Activité, formation ou affiliation à une association (commencez par la plus récente)	Organisme	Période (mm/aaaa– mm/aaaa)

Nom :

AUTRES ACTIVITÉS (sports de compétition, plongée sous-marine, fonctions de commandement, etc.)

Nature de l'activité (commencez par l'activité la plus récente)	Période (mm/aaaa-mm/aaaa)



Nom :

PRIX REÇUS

Nom du prix (commencez par le prix le plus récent)	Période (aaaa)

Nom :

DÉCLARATION PERSONNELLE

Veillez indiquer les raisons qui vous incitent à participer à ce stage, et comment ce dernier s'apparente à vos objectifs futurs et à votre plan de carrière.

Veillez indiquer de quelle façon vous espérez contribuer à la médecine aérospatiale au Canada.

Nom :

Avez-vous fait ou ferez vous une demande d'aide financière ou recevez vous de l'aide financière provenant d'autres sources de financement, y compris d'autres ministères fédéraux ou provinciaux/territoriaux ou de services municipaux, aux fins de participation à ce programme?	
<input type="checkbox"/> Oui Indiquez la source et le niveau d'aide	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous déjà reçu du financement sous forme de subvention ou de contribution de l'Agence spatiale canadienne?	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous un ancien fonctionnaire assujetti au Code régissant la conduite des titulaires de charge publique en ce qui concerne les conflits d'intérêts et l'après-mandat ou au Code de valeurs et d'éthique de la fonction publique?	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
LANGUE DE CORRESPONDANCE	
<input type="checkbox"/> français	<input type="checkbox"/> anglais
SIGNATURE	
Je confirme par la présente que l'information fournie dans ce formulaire est complète et précise et je reconnais que toute déclaration fautive et frauduleuse peut entraîner un refus d'admission. Au cas où toute information fournie présentement devait changer avant mon adhésion au programme, j'en informerais immédiatement l'Agence spatiale canadienne.	
SIGNATURE DU CANDIDAT :	
DATE :	

Indiquez la façon dont vous avez entendu parler de ce programme :