OFFRE DE SOUTIEN FINANCIER POUR LA RÉVISION LINGUISTIQUE D’UN ARTICLE SCIENTIFIQUE

MAXIMUM DE 3000$

**Conditions d’admissibilité**

* Ce soutien s’adresse au chercheur régulier de l’IUD

**Modalité des versements**

* Le montant total est transféré à l’établissement d’attache du chercheur et celui-ci devra rendre compte de la dépense de ces sommes auprès du FRQ.

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**FORMULAIRE À REMPLIR POUR FAIRE DÉPOSER UNE DEMANDE**

1. **IDENTIFICATION DU CHERCHEUR**

|  |
| --- |
| Nom : |
| Téléphone : |
| Adresse électronique : |
| Établissement d’attache : |

|  |
| --- |
|  |

1. **MONTANT DEMANDÉ :**

|  |
| --- |
|  |

1. **TITRE DE L’ARTICLE :**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. **NOM DE LA REVUE :**

|  |
| --- |
|  |

1. **NOM DES AUTEURS :**

|  |
| --- |
| 1er |
| 2e |
| 3e |

1. **DATE PRÉVUE DU DÉPÔT DE L’ARTICLE**
2. **AXE DE RECHERCHE DE L’IUD DANS LEQUEL S’INSCRIT LE SUJET DE L’ARTICLE :**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. **DOCUMENTS À JOINDRE À LA DEMANDE :**

* Un plan détaillé de l’article
* Un échéancier

1. **SIGNATURE :**

|  |
| --- |
| Signature : |
| Date : |

**Veuillez retourner ce formulaire dûment complété et**

**accompagné des documents demandés, par courriel, à**

**Josée Boisvert, coordonnatrice de la recherche**

josee.boisvert.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

La décision est généralement rendue 4 à 6 semaines après réception de la demande