

## LIGNES DIRECTRICES RELATIVES À LA DEMANDE

*Veillez lire le texte qui suit avec soin et fournir tous les renseignements demandés. Les demandes incomplètes seront rejetées.*

### 1. Admissibilité

Les bourses seront octroyées exclusivement aux personnes qui détiennent l'équivalent du titre d'Associé du Collège royal des médecins et des chirurgiens (neurologie) et qui sont qualifiées à exercer dans le domaine des troubles du mouvement au Canada. En outre, les candidats doivent œuvrer dans des établissements qui ont des programmes de formation déjà bien établis et qui sont dotés des ressources appropriées pour offrir à la fois une formation clinique et de recherche dans le domaine de la dystonie, incluant l'utilisation de la toxine botulique de type A et de type B dont l'utilisation est approuvée au Canada.

Le candidat doit avoir dans l'établissement un mentor qui possède une expertise dans le domaine de la dystonie et qui élaborera un plan de mentorat pour le boursier. Pour être admissible, un établissement doit fournir des renseignements sur le milieu de formation, le programme de cours, les ressources disponibles et l'exposition prévue aux personnes atteintes de dystonie.

### 2. Le candidat doit fournir ce qui suit :

- **La page couverture de la demande.**
- **Le plan de mentorat**, qui doit contenir des renseignements sur le programme de cours de formation de l'établissement, les ressources disponibles et l'exposition prévue aux personnes atteintes de dystonie. Ce plan devrait être accompagné d'une lettre du mentor précisant les détails de son soutien et de son engagement.
- **Le *curriculum vitae* du candidat.** Maximum de cinq (5) pages.
- **Le *curriculum vitae* du mentor.** Maximum de cinq (5) pages.
- **La lettre de motivation du candidat.** Décrivez vos intérêts et réalisations professionnels, ainsi que vos projets d'avenir. Maximum de deux (2) pages.
- **Lettres de recommandation.** Trois (3) lettres de recommandation provenant des personnes suivantes :
  - Le directeur du programme de résidence du candidat.
  - L'actuel directeur du programme postdoctoral du candidat.
  - Une lettre d'un membre du corps professoral ou d'un médecin avec lequel le candidat a travaillé.
- **Renseignements sur le budget.** Indiquez la façon dont les fonds seront utilisés. Le montant maximum de cette bourse est de 50 000 \$ pour un (1) an. Un maximum de 10 %, soit 5 000 \$, peut être utilisé à titre de dépenses de recherche et de déplacements pour des rencontres scientifiques et cliniques. Aucun coût indirect institutionnel n'est autorisé. Veuillez fournir par écrit une garantie selon laquelle à la réception de la bourse de formation clinique de la FRMD Canada, il n'y a aucun chevauchement quel qu'il soit avec un financement actuel ou prévu de la bourse de la FRMD Canada. Si d'autres fonds doivent s'ajouter à la bourse de la FRMD Canada, cela doit être clairement indiqué et motivé.
- **Les modalités du programme de bourses de formation clinique de la FRMD Canada signées par le candidat et son établissement.**

*Veillez transmettre la demande complète par courriel à Stefanie Ince [stefanieince@dystoniacanada.org](mailto:stefanieince@dystoniacanada.org), 416-488-6974*

**DATE DE LIMITE DE PRÉSENTATION DES DEMANDES :  
le 15 décembre 2017**



## PROGRAMME DE BOURSES DE FORMATION CLINIQUE PAGE COUVERTURE DE LA DEMANDE

### RENSEIGNEMENTS SUR LE CANDIDAT

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTABLISSEMENT

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Nom du mentor \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

### LISTE DE VÉRIFICATION DE LA DEMANDE

Les éléments suivants doivent être inclus, à défaut de quoi la demande sera jugée incomplète :

- |  |   |                                       |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Renseignements sur le budget  | <input type="checkbox"/> CV du candidat       | <input type="checkbox"/> CV du mentor |
| <input type="checkbox"/> Plan de mentorat              | <input type="checkbox"/> Lettre de motivation | <input type="checkbox"/> Garantie     |
| <input type="checkbox"/> Lettres de recommandation (3) | <input type="checkbox"/> Modalités signées    |                                       |

En signant le présent formulaire, je certifie que les renseignements fournis dans la présente demande sont, à ma connaissance, complets et exacts et je comprends que tout renseignement faux ou manquant peut me rendre inadmissible à la présente bourse de formation clinique.

Signature du candidat \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

