

FORMULAIRE DE CANDIDATURE PRIX SFETD-FONDATION CNP Assurances 2010 RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS

Ce prix sera remis lors du Congrès annuel de la SFETD
du 17 au 20 novembre 2010 à Marseille

Nom : Prénom : Nationalité :	Date de naissance : Lieu de naissance :
Adresse personnelle :	
Tél. pers. : Fax :	Tél. pers. : e-mail :
Adresse professionnelle :	
Tél. prof. : Fax :	Tél. prof. : e-mail :
Position statutaire du candidat (salarié du privé, stagiaire, titulaire de la fonction publique...)	
Titre(s) et diplômes acquis (DE, DU, DIU...)	

Titre de la recherche faisant l'objet de la présente demande

.....
.....
.....

Mots-clefs significatifs

.....
.....

Adresse précise du service où la recherche aura lieu

.....
.....
.....

Responsable scientifique (investigateur principal)

Nom : Prénom :
Tél : Fax :
e-mail :

Responsable hiérarchique infirmier

Nom : Prénom :
Tél : Fax :
e-mail :

Le candidat a-t-il formulé sa demande auprès d'un autre organisme ?
(Dans l'affirmative, indiquer lequel, la date de la réponse et le montant souhaité)

.....
.....
.....

Le candidat a-t-il présenté sa candidature à une ou plusieurs autres bourses de recherche ?
(Dans l'affirmative, préciser laquelle ou lesquelles)

.....
.....
.....