



Programme communautaire Mark Wainberg : spécialistes dans la recherche sur le VIH

Date limite pour les demandes : 19 février 2018, 23h59, heure CET.

1. Veuillez lire attentivement le section [FAQ](#). Seules les demandes qui répondent entièrement aux critères définis seront considérées comme admissibles.
2. Vous devez remplir le formulaire de demande électronique suivant. Au fur et à mesure que vous le remplirez, vous aurez la possibilité d'enregistrer vos modifications et de retourner à la dernière version ultérieurement. Lorsque vous avez terminé, enregistrez le formulaire et appuyez sur le bouton Soumettre sur la dernière page.
3. Cette demande ne peut être soumise que de manière électronique, au format prescrit. Les demandes qui ne sont pas soumises à travers le système en ligne ne seront pas prises en compte.
4. Veuillez noter que vous pouvez remplir le formulaire de demande en anglais, français et portugais.
5. Munissez-vous d'une copie scannée de votre diplôme de doctorat prête à être téléchargée, ainsi qu'une lettre de soutien de votre institut.
6. Veuillez vous assurer d'avoir correctement installé et activé le plugin Adobe Flash Player. Cliquez [ici](#) pour vérifier l'installation. Veuillez utiliser ce [lien](#) pour accéder à la page d'installation de Adobe Flash Player.

Le comité de sélection examinera les formulaires de demande admissibles. Les demandeurs seront classés selon leur faculté à promouvoir un dialogue constant et partager les connaissances acquises au sein du pays d'accueil de leurs congénères (par exemple envers les autres praticiens, personnel infirmier, professionnels de santé en milieu communautaire, etc.). À la fin du programme, les membres doivent avoir les qualités nécessaires pour leur permettre d'encadrer et de former d'autres membres.

Veuillez noter qu'à la suite du Programme communautaire, le membre doit pouvoir retourner travailler dans son établissement actuel. La Société internationale sur le sida (IAS) et les établissements partenaires qui sont impliqués dans ce programme communautaire n'ont aucune responsabilité en ce qui concerne une formation complémentaire ou une opportunité d'emploi une fois que le programme est terminé.

Les demandeurs seront informés du statut de leur candidature d'ici la fin du mois de mars 2018.

J'ai lu et compris les exigences relatives à la demande (à la place de la signature du demandeur)*

Envoyer

Veillez noter que cette section examinera votre admissibilité à envoyer votre formulaire de demande pour le programme communautaire Mark Wainberg. Veillez vous munir d'une copie scannée de votre diplôme prête à être téléchargée. Veillez noter que lorsque vous avez cliqué sur ENREGISTRER et sur continuer, vous ne pourrez plus revenir sur cette page et apporter des modifications aux informations que vous avez fournies.

Critères d'admissibilité

Prénom(s)*

Veillez saisir vos prénoms tels qu'ils figurent sur votre passeport.

Nom(s) de famille*

Veillez saisir vos noms tels qu'ils figurent sur votre passeport.

Adresse e-mail (préférée)*

Toutes les communications importantes seront envoyées à cette adresse.

1. Avez-vous obtenu votre diplôme de Doctorat en médecine¹ (c'est-à-dire un Masters Degree suivi d'une formation dans la recherche, d'un « Bachelor of Medicine » et d'un « Bachelor of Surgery ») ? Veuillez joindre une copie de votre diplôme.*

- Oui
 Non

Sélectionner le fichier

2. Avez-vous au moins deux ans d'expérience clinique ?*

- Oui
 Non

3. Dans quel pays travaillez-vous (veuillez noter que ce programme communautaire s'adresse spécifiquement aux candidats qui travaillent en Afrique) :*

4. Qu'est ce qui vous motive à devenir un spécialiste du VIH ? (150 mots maximum)*

5. Est- ce que votre établissement actuel soutient votre demande pour ce programme communautaire réservé aux spécialistes de la recherche sur le VIH et est d'accord pour vous réintégrer dans l'établissement une fois le programme terminé ? Veuillez joindre une lettre de soutien de votre établissement avec les coordonnées nécessaires pour le contacter.*

- Oui
 Non

Sélectionner le fichier

Enregistrer

¹ Remarque : les diplômes de maîtrise, les diplômes de maîtrise en santé publique ou équivalent ne sont pas considérés comme des diplômes de niveau suffisamment élevé.

Chaque section du formulaire peut être enregistrée en cliquant sur le bouton **ENREGISTRER** en bas de la page. Vous recevrez ensuite un e-mail avec un lien vers le formulaire enregistré. Une fois le formulaire envoyé, vous ne pourrez plus apporter de modifications à votre demande. Une fois le formulaire rempli, veuillez lire attentivement la section **Signature d'Acceptation et de Certification** et cliquez sur **ENVOYER**. Les candidatures incomplètes ne seront pas examinées.

Section I

Renseignements sur le demandeur

Prénom(s)*

Veillez saisir vos prénoms tels qu'ils figurent sur votre passeport.

Nom(s) de famille*

Veillez saisir vos noms tels qu'ils figurent sur votre passeport.

Date de naissance (mois, jour, année)*

Genre*

Diplôme le plus élevé et année d'obtention*

Nationalité*

Telle qu'elle figure sur votre passeport

Adresse e-mail (préférée)*

Toutes les communications importantes seront envoyées à cette adresse.

Adresse e-mail (autre)*

Sera utilisée uniquement si un message d'erreur est reçu de votre adresse e-mail préférée

Numéro de téléphone*

Doit commencer par un « + » suivi de l'indicatif du pays, par exemple +1 234 567 890

Adresse postale permanente*

Cette adresse sera utilisée pour tous les envois de courriers

Pays*

Poste actuel du demandeur

Intitulé du poste du demandeur*

Date de début d'emploi (mois, année)*

Nom de l'établissement*

Département, service, laboratoire ou équivalent*

Adresse postale de l'établissement*

Pays dans lequel l'établissement se trouve*

Type d' établissement*

En choisir un dans la liste fournie

Enregistrer

Chaque section du formulaire peut être enregistrée en cliquant sur le bouton ENREGISTRER en bas de la page. Vous recevrez ensuite un e-mail avec un lien vers le formulaire enregistré. Une fois le formulaire envoyé, vous ne pourrez plus apporter de modifications à votre demande. Une fois le formulaire rempli, veuillez lire attentivement la section Signature d'Acceptation et de Certification et cliquez sur ENVOYER. Les candidatures incomplètes ne seront pas examinées.

Section II
Éducation et formation du demandeur
<i>Éducation : veuillez indiquer l'intégralité de vos études supérieures et/ou formation pour lesquelles vous avez obtenu ou/obtiendrez un diplôme ou un certificat, en commençant par le plus récent.</i>

1. **Nom et lieu de l'établissement***

Domaine(s) d'études le(s) plus important(s)*

Date de début (mois et année)*

Nom du diplôme ou du certificat*

Date d'obtention (mois et année)*

Si vous n'avez pas encore obtenu ce diplôme ou certificat, veuillez indiquer la date de fin approximative.

Titre(s) de ces thèses/dissertations (le cas échéant)

2. Nom et lieu de l'établissement

Domaine(s) d'études le(s) plus important(s)

Date de début (mois et année)

Nom du diplôme ou du certificat

Date d'obtention (mois et année)

Si vous n'avez pas encore obtenu ce diplôme ou certificat, veuillez indiquer la date de fin approximative.

Titre(s) de ces thèses/dissertations (le cas échéant)

3. Nom et lieu de l'établissement

Domaine(s) d'études le(s) plus important(s)

Date de début (mois et année)

Nom du diplôme ou du certificat

Date d'obtention (mois et année)

Si vous n'avez pas encore obtenu ce diplôme ou certificat, veuillez indiquer la date de fin approximative.

Titre(s) de ces thèses/dissertations (le cas échéant)

4. Nom et lieu de l'établissement

Domaine(s) d'études le(s) plus important(s)

Date de début (mois et année)

Nom du diplôme ou du certificat

Date d'obtention (mois et année)

Si vous n'avez pas encore obtenu ce diplôme ou certificat, veuillez indiquer la date de fin approximative.

Titre(s) de ces thèses/dissertations (le cas échéant)

Formation complémentaire : veuillez indiquer toute autre formation pertinente que vous avez terminée.

1. Activité

Domaine

Établissement

Date de début (mois et année)

Date de fin (mois et année)

2. Activité

Domaine

Établissement

Date de début (mois et année)

Date de fin (mois et année)

3. Activité

Domaine

Établissement

Date de début (mois et année)

Date de fin (mois et année)

4. Activité

Domaine

Établissement

Date de début (mois et année)

Date de fin (mois et année)

Veillez indiquer vos travaux de recherche les plus significatifs.

(500 mots maximum)

Veillez indiquer vos distinctions et récompenses les plus significatives et autres réalisations pertinentes.

(500 mots maximum)

Veillez indiquer toute affiliation avec des associations VIH, groupes ou comités à l'échelle locale, régionale, nationale et internationale.

(500 mots maximum)

Enregistrer

Chaque section du formulaire peut être enregistrée en cliquant sur le bouton ENREGISTRER en bas de la page. Vous recevrez ensuite un e-mail avec un lien vers le formulaire enregistré. Une fois le formulaire envoyé, vous ne pourrez plus apporter de modifications à votre demande. Une fois le formulaire rempli, veuillez lire attentivement la section Signature d'Acceptation et de Certification et cliquez sur ENVOYER. Les candidatures incomplètes ne seront pas examinées.

Section III
Postes précédents du demandeur
<i>Expérience professionnelle : veuillez indiquer vos quatre employeurs les plus récents.</i>

1. Nom de l'établissement

 Intitulé de poste

 Date de début (mois et année)

 Date de fin (mois et année)

2. Nom de l'établissement

 Intitulé de poste

 Date de début (mois et année)

 Date de fin (mois et année)

3. Nom de l'établissement

 Intitulé de poste

 Date de début (mois et année)

 Date de fin (mois et année)

4. Nom de l'établissement

 Intitulé de poste

 Date de début (mois et année)

 Date de fin (mois et année)

Enregistrer

Chaque section du formulaire peut être enregistrée en cliquant sur le bouton **ENREGISTRER** en bas de la page. Vous recevrez ensuite un e-mail avec un lien vers le formulaire enregistré. Une fois le formulaire envoyé, vous ne pourrez plus apporter de modifications à votre demande. Une fois le formulaire rempli, veuillez lire attentivement la section **Signature d'Acceptation et de Certification** et cliquez sur **ENVOYER**. Les candidatures incomplètes ne seront pas examinées.

Section IV

Renseignements sur l'établissement

Veuillez joindre la lettre de soutien de votre établissement indiquant l'engagement de l'établissement à soutenir la candidature des demandeurs dans ce programme communautaire pour une durée de deux ans, avec la possibilité de reprendre votre poste à la fin du programme. Veuillez également indiquer les coordonnées d'un représentant au sein de votre établissement (c'est-à-dire votre mentor, responsable de service ou directeur).

Lettre de soutien*

Sélectionner le fichier

Prénom(s)*

Nom(s) de famille*

Date de naissance (mois, jour, année)*

Genre*

Nationalité*

Telle qu'elle figure sur le passeport de votre mentor

Nom de l'établissement*

Adresse postale permanente*

Cette adresse sera utilisée pour tous les envois de courriers

Adresse e-mail (préférée)*

Toutes les communications importantes seront envoyées à cette adresse

Adresse e-mail (autre)*

Sera utilisée uniquement si un message d'erreur est reçu de votre adresse e-mail préférée

Numéro de téléphone*

Doit commencer par un « + » suivi de l'indicatif du pays, par exemple +1 234 567 890

Établissement d'accueil

Veuillez indiquer votre premier et second choix concernant l'établissement d'accueil situé en Afrique :*

Veuillez indiquer votre premier et second choix concernant l'établissement d'accueil situé en Afrique :*

* Le programme communautaire essaiera de tenir compte des préférences indiquées, cependant veuillez noter que nous ne pouvons pas garantir que vous obtiendrez votre premier choix.

Enregistrer

Chaque section du formulaire peut être enregistrée en cliquant sur le bouton **ENREGISTRER** en bas de la page. Vous recevrez ensuite un e-mail avec un lien vers le formulaire enregistré. Une fois le formulaire envoyé, vous ne pourrez plus apporter de modifications à votre demande. Une fois le formulaire rempli, veuillez lire attentivement la section **Signature d'Acceptation et de Certification** et cliquez sur **ENVOYER**. Les candidatures incomplètes ne seront pas examinées.

Soumission

Demandeur - Signature d'acceptation et de certification

Je, soussigné(e), atteste que : (a) les renseignements fournis dans ce formulaire sont, à ma connaissance, véridiques, exacts et complets. Je suis conscient(e) que toute déclaration fausse, fictive ou frauduleuse serait passible de sanctions administratives, civiles ou pénales.

Je, soussigné(e), comprend que la Société internationale du sida (IAS) ainsi que les établissements d'accueil associés à ce programme communautaire n'ont aucune responsabilité en matière d'éducatoin, de formation ou d'emploi à la fin du programme.

J'accepte les exigences des demandes (au lieu de la signature du demandeur)*

Aperçu

Cliquez sur ce lien pour obtenir un aperçu de votre demande.

Envoyer