**Programme de subventions de recherche   
sur les hommes ayant des rapports sexuels   
avec d’autres hommes (HARSAH)**

**Formulaire d’inscription (2018)**

# Préambule

**Pour pouvoir faire une demande de subvention, vous devez d’abord vous inscrire au Programme de subventions de recherche sur les HARSAH.** Il vous est conseillé de lire les conditions générales du programme pour vous assurer que votre projet correspond aux objectifs, aux priorités de recherche et aux critères d’admissibilité du programme.

Le Centre d’innovation étudiera chaque dossier d’inscription afin de déterminer s’il répond aux critères d’admissibilité de base. Les informations fournies dans le présent formulaire seront utilisées pour la planification de l’examen par des pairs.

Veuillez envoyer votre formulaire d’inscription dûment rempli  
à la Société canadienne du sang d’ici

**le 15 avril 2018, à 23 h 59 (HNP) au plus tard**.

# Instructions

Il incombe au candidat de s’assurer que tous les documents soient envoyés avant la date et l’heure limites indiquées. Aucun document ne sera accepté après ces limites. **Les candidats retenus recevront le formulaire de demande de subvention de recherche sur les HARSAH (2018) dans les dix (10) jours suivant la date limite d’inscription.**

Tous les documents doivent être envoyés par courriel, à [centreforinnovation@blood.ca](mailto:centreforinnovation@blood.ca).

**Veuillez remplir le présent formulaire d’inscription** en prenant soin de renseigner chacun des champs et   
de le signer comme il se doit avant de l’envoyer**.** **Veuillez respecter le nombre de feuilles et l’espace fournis.** Il ne sera pas tenu compte du contenu ou des feuilles en excès.

Veuillez n’inclure aucune annexe.

# Section A – Informations générales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TITRE DU PROJET** | | |
|  | | |
| **CHERCHEUR PRINCIPAL** | | |
| Nom : |  | |
| Prénom(s) : |  | |
| Établissement et département, ville : |  | |
| Courriel : |  | |
| **COCHERCHEUR(S)** | | |
| **Nom (nom de famille, prénom)** | | **Établissement et département, ville** |
|  | |  |
|  | |  |
| **COLLABORATEUR(S) et PARTENAIRE(S)** | | |
| **Nom de la personne (nom de famille, prénom) ou de l’organisation** | | **Établissement et département (si applicable), ville** |
|  | |  |
|  | |  |

*Ajoutez des lignes au besoin.*

|  |  |
| --- | --- |
| **TYPE DE PROJET**  On appelle « petit projet », un projet d’une durée d’un an, dont le budget ne dépasse pas 50 000 $.  On appelle « gros projet », un projet d’une durée d’un an, dont le budget ne dépasse pas 300 000 $. | |
| Petit projet  Budget total estimé : | Gros projet ☐  Budget total estimé : |
| **ACCEPTATION DES CONDITIONS GÉNÉRALES** | |
| Le soussigné convient d’accepter, au nom de l’équipe de recherche, les Conditions générales gouvernant le Programme de subventions de recherche sur les HARSAH.  Signature du chercheur principal : | |
| Nom : Date : | |

# Section B : Informations sur le projet de recherche

|  |
| --- |
| **PERTINENCE DU PROJET** |
| **Veuillez expliquer, dans l’espace ci-dessous, pourquoi votre projet de recherche s’inscrit dans le cadre du Programme de subventions de recherche sur les HARSAH et des priorités de recherche décrites dans les Conditions générales.** |
|  |

|  |
| --- |
| **DESCRIPTION DU PROJET** |
| Veuillez fournir un résumé du projet de recherche **en deux (2) pages maximum.** Indiquez les objectifs, les hypothèses, la portée et la nature du projet, ainsi que l’approche méthodologique qui sera utilisée. Expliquez les raisons du projet ainsi que sa signification. Enfin, décrivez les résultats escomptés, ainsi que les répercussions à court et à long terme sur la politique d’exclusion du don de sang. |
|  |

# Section C – Examinateurs externes

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EXAMINATEURS EXTERNES PROPOSÉS** | | | |
| Veuillez suggérer au moins cinq (5) examinateurs canadiens ou étrangers détenant l’expertise nécessaire à l’évaluation de votre dossier. | | | |
| **Nom**  **(Nom de famille, prénom)** | **Courriel** | **Établissement** | **Domaine de compétence** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*Ajoutez des lignes au besoin.*

|  |  |
| --- | --- |
| **EXAMINATEURS À EXCLURE** | |
| Veuillez fournir le nom des personnes qui, selon vous, ne pourraient pas évaluer votre dossier en toute objectivité. | |
| **Nom (nom de famille, prénom)** | **Établissement** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*Ajoutez des lignes au besoin.*