#

# Formulaire de demande de reconnaissance

# MEMBRE ONA

|  |
| --- |
| **Identification** |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Adresse postale\* |  |
| Adresse courriel |  |
| Téléphone | Principal :  | Cellulaire\*:  |
| \*Réponse facultative |
| **Statut de membre demandé (**voir le document *Statut de membre***):**[ ]   Membre régulier.ère[ ]   Membre collaborateur.rice[ ]   Membre associé.e[ ]   Membre étudiant.e |
| **FORMATION POSTSECONDAIRE** |
| **Diplôme terminal** |  |
| [ ]   Doctorat ou diplôme de troisième cycle universitaire[ ]   Maîtrise ou diplôme de deuxième cycle universitaire[ ]   Baccalauréat ou diplôme de premier cycle universitaire[ ]   Diplôme d’études collégiales[ ]   Autre (équivalent)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Établissement**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Discipline** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Domaines de recherche / d’intérêt**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **OCCUPATION PROFESSIONNELLE PRINCIPALE** |
| [ ]   Professeur.e[ ]   Chercheur.euse [ ]   Professionnel.le[ ]   Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Institution d’affiliation / employeurNom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Département : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Type d’établissement[ ]   Universitaire[ ]   Collégial[ ]   Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **EXPERTISES ET INTÉRÊTS** |
| **Expertise en lien avec les axes de recherche de l’Observatoire** :[ ]   Impacts à la santé de la présence d’amiante et de résidus miniers amiantés dans l’environnement[ ]   Émission et dispersion dans l’environnement[ ]   Pratiques en matière de gestion et valorisation des résidus miniers amiantés[ ]   Développement des communautés |
| ***Décrire brièvement vos expertises / travaux en lien avec les axes sélectionnées:*** |
| **IMPLICATION AUPRÈS DE L’ONA (actuelle ou souhaitée) -** Plusieurs choix possibles |
| [ ]  Membre du comité scientifique aviseur[ ]  Expert thématique | [ ]  Membre d’un comité d’évaluation[ ]  Membre d’un comité thématique[ ]  Relecteur.trice ou de réviseur.e de contenu | [ ]  Membre d’une équipe de projet de recherche[ ]  Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Je, sousigné.e, demande la reconnaissance de mon statut à l’Observatoire national de l’amiante. J’accepte que mon nom et mon statut de membre soient publiés sur le site web de l’ONA et que mon adresse de courriel soit inscrite dans la liste de diffusion de l’ONA, conformément à l’*Entente d’utilisation d’informations personnelles dont l’image physique et la voix* à laquelle j’ai librement consenti et dont copie sera transmise à l’ONA dès la confirmation par l’ONA de mon statut. |
| Signature | Date |
| **Réservé à l’ONA** |
| [ ]  **Acceptation de la demande** [ ]  **Refus de la demande** |
| STATUT | [ ]   Membres régulier.ère[ ]   Membres collaborateur.rice[ ]   Membre associé.e[ ]   Membre étudiant.e |
| [ ]   Premier mandat | [ ]   Renouvellement |
| Durée du mandat/ REnouvellement | [ ]   1 AN | [ ]   2 ANS | [ ]   3 ANS |
| Date de Début : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| [ ]  **DEMANDE REJETÉE**  | MOTIF DU REFUS |
| **VALIDATION par L’ona** |
| Approuvé par |  | Poste |
| Signature |  | Date |