

Formulaire de candidature « PRIX AVENIR DE LA RECHERCHE CLINIQUE »

La remise de prix se déroulera le jeudi 11 mars 2025 à Paris

à retourner au plus tard le **14 février 2025** par e-mail à
v.marty@afcross.com avec pour objet « Prix avenir de la Recherche Clinique »

Je candidate pour (cocher la case correspondante)

Le Prix de Thèse Scientifique

Le Prix de Master

Coordonnées du candidat

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	
Situation actuelle (étudiant, salarié, en recherche d'emploi, ...) :	
Adresse :	
Tél. :	E-mail :

Laboratoire de recherche / organisme d'affiliation où ont été réalisés les travaux

Intitulé du laboratoire ou organisme :	
Nom du Directeur de recherche ou habilité :	
Titre ou fonction :	
Adresse professionnelle :	
Tél. :	E-mail :

Les travaux présentés (joindre un résumé)

Intitulé des travaux :
Titre court proposé pour votre présentation :
Noms des co-contributeurs éventuels :

Eligibilité du dossier

Le formulaire de candidature est accompagné des pièces suivantes :

- Un curriculum vitae en 1 page maximum,
- Un résumé des travaux en 2 pages maximum, mentionnant le laboratoire d'accueil

ATTENTION : L'envoi électronique comportera **OBLIGATOIREMENT UN SEUL FICHIER** au format **PDF** comprenant **DANS L'ORDRE** le présent formulaire, le CV et le résumé des travaux.

Vos données personnelles sont collectées et traitées par l'AFCROs aux fins de répondre à votre demande de candidature pour le prix cité ci-dessus. Vos données ne seront pas communiquées à l'extérieur de l'AFCROs. Conformément à la réglementation applicable, vous disposez des droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité sur vos données. Pour exercer vos droits aux regards de l'utilisation de vos données personnelles vous pouvez contacter le délégué à la protection des données de l'AFCROs par courrier électronique : dpo@afcros.com , par courrier postal adressé à AFCROS, délégué à la protection des données, 1 Pl. Paul Verlaine, 92 100 Boulogne-Billancourt

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions de participation inscrites dans le règlement du Prix Avenir de la Recherche Clinique (consultable ici : <https://journee-recherche-clinique.fr/>), et je les accepte.

Fait à _____, le _____

Signature du **Directeur de Recherche**
Pour autorisation de la diffusion des résultats

Signature **du candidat / de la candidate**