

SECTION À REMPLIR PAR LE CANDIDAT

IDENTIFICATION DU CANDIDAT

NOM		N° DE PERMIS (SI APPLICABLE)	
PRÉNOM			
ADRESSE	RUE	APPT.	
VILLE	PROVINCE	PAYS	CODE POSTAL

SECTION À REMPLIR PAR LE CHIMISTE RÉPONDANT

IDENTIFICATION DU CHIMISTE RÉPONDANT

NOM		N° DE PERMIS	
PRÉNOM			

IDENTIFICATION DE L'ORGANISATION DU CHIMISTE RÉPONDANT

NOM DE L'ORGANISATION			
ADRESSE	RUE	SUITE	
VILLE	PROVINCE	PAYS	CODE POSTAL

DESCRIPTION DE L'EXPÉRIENCE EN CHIMIE DU CANDIDAT

AU		<input type="checkbox"/> Emploi à temps plein <input type="checkbox"/> Emploi à temps partiel <input type="checkbox"/> Stage <input type="checkbox"/> Études aux cycles supérieurs	
DATE DE DÉBUT (AAAA-MM-JJ)	DATE DE FIN (AAAA-MM-JJ)	CONTEXTE	
DESCRIPTION DE L'EXPERIENCE DU CANDIDAT			

SIGNATURE DU CHIMISTE RÉPONDANT

DATE (AAAA-MM-JJ)

*Au besoin, tout autre document à l'appui de
cette attestation peut être joint à ce formulaire*