DATE LIMITE DE SOUMISSION : **Le 15 juillet 2024**

**LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS DANS CETTE SECTION (PARTIE A) DOIVENT ÊTRE SOUMIS DANS UN DOCUMENT DISTINCT. ILS NE DOIVENT PAS ÊTRE COMBINÉS AVEC CEUX DE LA PARTIE B OU C.**

|  |
| --- |
| **PARTIE A – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX** |
| € Je confirme/Nous confirmons que l’un des chercheurs principaux ou secondaires est membre en règle de l’ACO. Ce membre de l’ACO est : |
| **1.** **CHERCHEURS PRINCIPAUX :**  Adresse  Ville Prov. Code postal  Téléphone Courriel  [RAPPEL : Au moins un des chercheurs principaux doit être un chirurgien orthopédique] |
| **2.** **CHERCHEURS SECONDAIRES :**  Adresse  Ville Prov. Code postal  Téléphone Courriel |
| **3.** **AFFILIATION (UNIVERSITÉS ET HÔPITAUX)** |
| **4.** **PROJET :** [ ] Projet de démarrage [ ] Projet à court terme [ ] Collaboration |
| **TITRE :** |
| **5.** **DATE DE DÉBUT :**  **DATE DE FIN :** |
| **6.** **PIÈCES JOINTES :**  Sujets humains? [ ] Oui [ ] Non Si oui, certificat d’éthique : [ ] ci-joint [ ] à venir  Sujets animaux? [ ] Oui [ ] Non Si oui, certificat des soins aux animaux : [ ] ci-joint [ ] à venir  Biorisques? [ ] Oui [ ] Non Si oui, certificat de biosécurité : [ ] ci-joint [ ] à venir |
| **7.** **FINANCEMENT EXTERNE REÇU POUR LE PROJET :**  Ce projet a-t-il reçu du financement externe (c.-à-d. d’une autre entité que l’hôpital pour lequel vous travaillez)?  [ ] Oui [ ] Non  *Si oui, joindre le budget et le sommaire du projet.* |
| **8.** **FINANCEMENT REÇU DE LA FCO :**  Ce projet a-t-il déjà reçu du financement de la FCO? [ ] Oui [ ] Non  Avez-vous reçu du financement pour la recherche de la FCO au cours des trois (3) dernières années? [ ] Oui [ ] Non |