

RECOMMANDATION DE LA DOYENNE OU DU DOYEN

Ce document doit être complété par la doyenne ou le doyen (ou une personne représentante) de la faculté de médecine dentaire où le diplôme en a été obtenu. Il doit ensuite être transmis directement par l'établissement d'enseignement à l'adresse suivante :

tgde-fmd@umontreal.ca

Ce document vise à permettre aux membres du comité de sélection de comparer les dossiers sur une base objective. Les informations recueillies seront utilisées de manière prospective pour la sélection des personnes candidates et feront ensuite partie d'une base de données pour l'étude rétrospective des critères de sélection au programme.

INFORMATION SUR LE DOCTORAT DE 1^{er} CYCLE EN MÉDECINE DENTAIRE (DMD ou DDS)

Université :

Faculté :

Adresse :

Nom de la doyenne ou du doyen :

Personne-contact :

Courriel :

INFORMATION SUR LA PERSONNE CANDIDATE

Nom :

Année de début de programme DMD/DDS :

Année de fin de programme DMD/DDS :

Année	Année académique	Nombre d'élèves	Moyenne de l'élève	Rang
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			

Système de notation utilisé : ☐ sur 4.3 ☐ sur 4.0 ☐ sur 20 ☐ sur 100

☐ autre _____

Système de rang utilisé : ☐ rang 5^e ☐ rang sur la cohorte

Nous recommandons la candidate ou le candidat :

- ☐ Nous recommandons sans réserve
☐ Nous recommandons avec réserve
☐ Nous ne recommandons pas

Commentaires additionnels (implication scolaire et communautaire, prix et bourses, etc.) :

Signature

Date