**Formulaire de demande de recours**

**BeIPD-COFUND-IPD APPEL 2016**

Le formulaire de demande de recours doit parvenir à l'ULg, avec une description claire de la réclamation et les pièces justificatives, par mail à l'adresse [beipd@ulg.ac.be](mailto:beipd@ulg.ac.be) dans les 10 jours ouvrables (Belgique) après notification de l'inéligibilité envoyée par mail par le gestionnaire de projet au candidat.

**Je soussigné(e),**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, prénom |  |
| Titre du projet de recherche |  |

**demande par la présente la révision de la décision de l’inéligibilité de ma candidature à un mandat de post-doc étranger BEIPD-COFUND 2016.**

Je décris brièvement ci-après les raisons que j'invoque pour cette demande de révision. Je sais que celles-ci doivent être de nature à éclairer l'ULg sur un élément d'éligibilité et ne peuvent apporter aucun élément nouveau manquant à la candidature introduite.

Je joins à la présente les annexes suivantes, de nature à éclairer ma demande :

-

-

Fait à ………………………….., le ……………………………………..

Signature