



ORDRE NATIONAL
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Conseil Départemental de _____

FORMULAIRE DE DEMANDE DE QUALIFICATION EN CHIRURGIE ORALE

État civil

Nom : _____ Nom d'usage : _____
Prénoms _____
Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____
Nationalité : _____

Lieu et statut d'exercice

Lieu d'exercice privé : _____
Adresse : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Lieu d'exercice hospitalier (clinique / hôpital) : _____
Adresse : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Statut : Libéral
 PU / PH MCU / PH temps plein MCU / PH temps partiel
 PH temps plein PH temps partiel
 Assistant temps plein Assistant temps partiel
 Ancien assistant temps plein Ancien assistant temps partiel
 Praticien attaché - nombre de ½ journées par semaine : _____

Cursus de formation

Date du diplôme de doctorat en chirurgie dentaire : _____
Faculté d'origine du diplôme Ville : _____ Pays : _____
Titre de la thèse : _____

Autres diplômes :

DESCB : non oui date : _____
Internat en odontologie : non oui date : _____



ORDRE NATIONAL
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

QUALIFICATION EN CHIRURGIE ORALE

Pour faciliter la tâche des commissions de qualification, il convient de joindre au présent document un dossier de Titres, travaux et fonction qui doit permettre réellement de mettre en valeur leur formation de spécialiste.

Titres et fonctions hospitalo-universitaires et hospitaliers

Titres universitaires (intitulé et date d'obtention)

Titres hospitalo-universitaires (intitulé des fonctions et date de nomination, nature des fonctions, temps plein ou temps partiel)

Titres et fonctions hospitaliers (intitulé des fonctions et date de nomination, nature des fonctions, temps plein ou temps partiel)

Éléments d'appréciation de l'exercice en chirurgie orale

Étude du profil d'activité :

Joindre :

- pour les libéraux : le relevé SNIR avec détail des actes CCAM des deux dernières années, un relevé PMSI des activités réalisées au bloc opératoire
- pour les salariés : un relevé PMSI des activités réalisées au bloc opératoire.
- pour les libéraux et les salariés : tous documents permettant de juger de l'activité en chirurgie orale.

Motivation de votre demande

Dans sa mission d'appréciation de l'exercice exclusif de chirurgie orale, la commission de qualification appréciera que vous lui adressiez une lettre de motivation.

Je soussigné, Docteur _____, certifie sur l'honneur les déclarations contenues dans mon dossier Titres, travaux et fonctions ainsi que les éléments ci-dessus.

Date : _____

Signature :