



ORDRE NATIONAL
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

LES SPECIALITES

Formulaire de demande de qualification en orthopédie dento-faciale

Nom d'exercice
Prénom(s)
Date et lieu de naissance
Nationalité
CDO inscription
Date d'inscription
Fonction activité
Lieu d'exercice
Adresse mail

Diplôme d'exercice*	
Date	Intitulé et lieu d'obtention

.....

Exercice de la spécialité	
Date de début	Durée hebdomadaire

.....

Formation diplômantes dans la spécialité [CES, DU] *	
Date	Intitulé et lieu d'obtention

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Formation non diplômantes dans la spécialité [CES, DU] *	
Date	Intitulé et lieu d'obtention

.....

.....

.....

.....

.....

.....



ORDRE NATIONAL
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Fonctions hospitalo-universitaires - Fonctions hospitalières*

Date	Désignation
.....
.....
.....
.....
.....

Stages et activités bénévoles ou rémunérés, effectués dans les services spécialisés en ODF*

Date	Désignation
.....
.....
.....
.....

Collaboration avec un praticien exclusif en O spécialisés en ODF*

Date	Désignation
.....
.....
.....
.....

Nombre de cas traités depuis le début de l'exercice dans la spécialité

.....
-------	-------

Nombre de cas en traitement

.....
-------	-------

Types de dysmorphoses traitées

.....
.....
.....
.....

Limites que s'impose le candidat dans sa pratique de la spécialité

.....
.....



ORDRE NATIONAL
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Appartenance aux sociétés scientifiques de la spécialité*

Date	Organisme
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Travaux scientifiques dans la spécialité*

Date	Organisme
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Relevés SNIR*

Années
.....

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

Date : Signature

* Tous les justificatifs devront nécessairement figurer au dossier