



DEMANDE DE CERTIFICAT DE SITUATION PROFESSIONNELLE

A compléter et à renvoyer au Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes
22 rue Émile Ménier - BP 2016 - 75761 PARIS CEDEX 16 | E-mail : courrier@oncd.org

À compléter informatiquement

NOM (patronymique et nom d'épouse, le cas échéant) :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance : (pour [Paris](#), [Lyon](#) et [Marseille](#) : mention de l'arrondissement)

SI VOUS ETES NÉ À L'ÉTRANGER : ([en vue de la demande de l'extrait de casier judiciaire B2](#))

- nom et prénom(s) de votre père : _____

- nom [de jeune fille](#) et prénom(s) de votre mère : _____

Adresse privée : _____

Département d'inscription : _____

Dernière adresse professionnelle : _____

OU, le cas échéant, adresse du dernier remplacement effectué en tant qu'étudiant :

Numéro de téléphone : _____

Désirez-vous rester inscrit à l'Ordre français ou désirez-vous être radié du tableau français ?*

* En cas d'inscription dans un pays hors UE, la radiation à l'Ordre français est obligatoire.

Formulaire



ORDRE NATIONAL
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

La procédure étant dorénavant dématérialisée, il convient de nous indiquer **obligatoirement l'adresse e-mail** à laquelle vous sera adressé un exemplaire de cette attestation :

Raison de la demande :

Et, le cas échéant :

**Renseignements sur l'autorité compétente du pays de destination
(à remplir obligatoirement)**

Pays : _____

Nom de l'autorité :

Adresse postale complète :

Adresse email (obligatoire) :

En demandant un certificat, j'autorise la divulgation d'informations personnelles relatives à mon inscription en tant que chirurgien-dentiste et mon autorisation d'exercice à l'autorité compétente concernée.

Date _____

Signature