

DEMANDE D'AGRÉMENT EN ORTHODONTIE OU EN PARODONTOLOGIE

NOM (figurant sur les documents d'identité) :.....Prénom :.....

Rue, numéro :

Code postal, localité :

Courriel :

GSM :

Nationalité :

Lieu de naissance :

Date de naissance :

DIPLÔME LÉGAL :

Université :

Date:.....

- DOCUMENTS À JOINDRE**
- Carnet de stage dûment complété
 - Evaluation personnelle du lieu de stage
 - Mémoire
 - Attestation de réussite du Master complémentaire

NOM

PRÉNOM

Maitre de stage coordinateur (nom, prenom, institution)				
Début de période (jj-mm-aa)	Durée en mois	Fin de période (jj-mm-aa)	Nom du maître de stage agréé	Nom de l'établissement et du service de stage agréé
Total en mois				

AVIS

La chambre constate :

1. le (la) candidat.e. était habilité.e. a exercer les actes de l'art dentaire à la date du début de sa formation ;
2. les périodes de stage ci-mentionnées sont conformes au plan de stage approuvé ;
3. tous les carnets de stage et attestations des différents maîtres de stage ont été approuvées ;
4. au moins une publication ou communication a été présentée et approuvée ;
5. le coordinateur déclare le candidat apte à exercer sa spécialité de façon autonome et responsable.

Par conséquent, après en avoir délibéré, la chambre constate que le candidat répond à toutes les dispositions légales et émet un avis favorable à l'agrément comme médecin spécialiste en

Signature du (de la) candidat(e)

Le (la) Président(e)

Le (la) secrétaire