



ORDRE NATIONAL  
DES CHIRURGIENS-DENTISTES



## CANDIDATURE | RENOUVELLEMENT UIO | UNITE D'IDENTIFICATION ODONTOLOGIQUE

N° National \_\_\_\_\_ N° RPPS \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Mode d'exercice : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Adresse professionnelle : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_

Téléphone mobile : \_\_\_\_\_

Téléphone privé : \_\_\_\_\_



### Titre, Diplômes et Fonctions

• Diplôme de Docteur en chirurgie dentaire de la faculté (Ville/Année) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Expert près la Cour d'appel de (Ville/Année) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Identification odontologique G.1.7 : \_\_\_\_\_

- Odontologie générale F.6.1 : \_\_\_\_\_

- Orthopédie dento-faciale F.6.2 : \_\_\_\_\_

- Autres : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Expert agréé par la Cour de cassation (Année) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Fonctions universitaires/hospitalo-universitaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Diplômes universitaires en identification : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Certificat d'études spécialisées mention odontologie médico-légale : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



ORDRE NATIONAL  
DES CHIRURGIENS-DENTISTES



- Autres diplômes ou formations : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Expérience

- Rattaché à un IML/Service Médecine légale Hospitalier : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Réquisition(s) judiciaire(s) (nombre d'identifications, lieux, ...) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Mission(s) internationale(s) et Exercices : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Autres : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Langues parlées : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- N° d'agrément ASN (en cas de prise de radio) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Compagnie d'Expert Judiciaires & Associations Professionnelles

- CNEJOS : \_\_\_\_\_
- AFIO : \_\_\_\_\_
- CEJC : \_\_\_\_\_
- Réserviste militaire (Unité) : \_\_\_\_\_
- Réserviste civil (Unité) : \_\_\_\_\_
- Autres : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

### PARTIE RESERVEE AU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Lettre d'engagement : \_\_\_\_\_ Dossier reçu le : \_\_\_\_\_  
A jour des cotisations : \_\_\_\_\_ Dossier validé le : \_\_\_\_\_  
Extrait de casier judiciaire : \_\_\_\_\_ Date d'intégration UIO : \_\_\_\_\_