



ORDRE NATIONAL
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

à compléter en lettres capitales et à renvoyer au
Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes
Adresse postale : 22 rue Emile-Ménier - BP 2016 - 75 761 Paris Cedex 16
Fax : +33 1 47 04 36 55 - E-mail : europe@oncd.org

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

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance : (pour [Paris](#) et [Lyon](#) : 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 professionnelle :

OU : Dernière adresse professionnelle :

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

Numéro de téléphone :

La procédure étant dorénavant dématérialisée,

il convient de nous indiquer obligatoirement l'adresse email 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 et lisiblement)

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