



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



Le défaut de réponse à l'une des questions ci-dessous entraînera le rejet de la demande de certificat de situation professionnelle.

Le certificat délivré aura une validité de trois mois et ne constituera ni une preuve d'inscription à l'Ordre, ni une reconnaissance officielle du diplôme.

À compléter informatiquement :

N° ORDINAL : _____ **N°RPPS :** _____
figure sur la carte ordinale ou sur l'appel de cotisation

NOM (patronymique et nom d'épouse) : _____

Prénom(s) : _____

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

Date obtention du diplôme : _____

Pays et faculté d'origine du diplôme : _____

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 : _____

Formulaire



ORDRE NATIONAL
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

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

Numéro de téléphone : _____

Désirez-vous rester inscrit à l'Ordre français : ☐ oui ☐ non

Désirez-vous être radié du tableau français : ☐ oui ☐ non

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 : _____

Nom et lieu exact de la structure d'exercice à l'étranger (cabinet ou autre) :

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

Pays : _____

Nom de l'autorité : _____

Adresse postale complète de l'autorité : _____

Adresse email de l'autorité (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