



## 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](mailto: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° NATIONAL :** \_\_\_\_\_ **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