

Demande d'autorisation d'exercice pour les étudiants en chirurgie dentaire

(Article L.4141-4, du Code de la Santé Publique)

Le présent imprimé doit être complété, signé et remis au CDO avec chaque contrat

(Suffisamment de temps avant le début de l'exercice pour permettre au CDO de traiter la demande d'autorisation)
Le cas échéant, il doit être accompagné des documents listés sur la fiche « L'exercice des Etudiants ».

Je soussigné(e) [NOM, Prénom] :

Né(e) le...à... :

De nationalité : Française Ressortissant U.E. Autre (préciser) :

Domicilié(e) à l'adresse suivante :

Inscrit à l'Université de : Rennes 1 Autre :

Ayant le numéro national d'étudiant (INE = 10 chiffres + 1 lettre) :

Déclare avoir validé ma : 5^{ème} année, le : 6^{ème} année, le :

Etre inscrit en cycle long (spécialité) : ODF CO MBD

je n'ai pas encore validé ma 6^{ème} année ou je suis interne → je joins « l'autorisation de cumul de rémunération ».

Informations sur l'exercice objet de la présente demande :

Nature du contrat : Remplacement Etudiant-adjoint (salarié)
1 contrat par période de remplacement

Dates du contrat : du : au :

Nom et Prénom du chirurgien-dentiste titulaire :

Adresse du lieu d'exercice :

Informations sur mes exercices précédents :

Je déclare avoir exercé : NON OUI

J'indique ci-après les 3 derniers chirurgiens-dentistes chez qui j'ai exercé :

Type exercice 1 = Remplacement 2= Etudiant-adjoint	NOM – Prénom	Localité professionnelle (code postal – ville)	Dates contrat	
			Du	Au

Informations sur ma situation familiale : je déclare avoir enfant(s).
J'indique ci-après leur prénom, leur nom et leur date de naissance.

Prénom	NOM	Date de naissance (JJ-MM-AAAA)

Informations sur ma situation disciplinaire : j'indique avoir fait l'objet (ou non) de sanctions ou de condamnations :

- Prononcées par l'Université NON..... OUI
- Prononcées par les Instances Ordinales NON..... OUI
- Prononcées par une juridiction de droit commun..... NON..... OUI

Je jure sur l'honneur que les déclarations, ci-dessus, sont conformes à la vérité et que je ne suis pas encore titulaire du diplôme d'Etat de Docteur en chirurgie dentaire.

J'atteste ne pas présenter d'infirmité ou d'état pathologique incompatible avec l'exercice de la profession.

Je déclare sur l'honneur qu'aucune instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction, susceptible d'avoir des conséquences sur mon autorisation d'exercice, n'est en cours à mon encontre.

(Reproduire à la main les formules ci-dessus et signer)

Fait à Le.....
signature