

3. Demande d'agrément de Maître de Stage

Demande à adresser au Conseil Départemental de l'Ordre

Le Docteur :

Nom :

Prénom :

N° d'inscription au Conseil de l'Ordre :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Tél. :

Télécopie :

Tél. portable :

Adresse électronique :

- Déclare avoir pris connaissance du document « stage actif d'initiation à la vie professionnelle » édité par la Faculté d'Odontologie de Nancy.

- Demande auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes du département :

à être agréé en qualité de Maître de Stage afin d'accueillir un étudiant de 6^e année de la Faculté d'Odontologie de Nancy.

Cachet professionnel

Signature du Praticien

Date :