

ATTESTATION A COMPLETER PAR LE TITULAIRE QUI SOUHAITE  
RECOURIR A L'ASSISTANAT (LIBÉRAL OU SALARIÉ)  
ARTICLE R 4127-276 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Je soussigné (e) Mme Mlle M. (1) Nom Prénom

Chirurgien-dentiste ou Docteur en chirurgie dentaire (1)

Exerçant à :

Certifie que :

- Je ne me fais pas assister par un praticien de l'art dentaire (étudiant ou diplômé)

En conséquence, en application des dispositions de l'article R 4127-276 du Code de la Santé Publique, je peux recourir à l'assistanat

Fait à le

Signature

Cette attestation est destinée au Conseil Départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes des Alpes-Maritimes

(1) Rayer les mentions inutiles