

**ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES**  
**CONSEIL DÉPARTEMENTAL DES ALPES-MARITIMES**

« La Maison Blanche » 14 bd Carabacel – 06000 NICE - ☎ 04 93 80 21 21  
alpes-maritimes@oncd.org

En application des dispositions légales et réglementaires,

L'étudiant (e) :

NOM :

Prénom :

Adresse :

---

Qui a obtenu le certificat de synthèse clinique et thérapeutique et la validation de la cinquième année (deuxième année du deuxième cycle) des études odontologiques

Est autorisé (e) à effectuer un remplacement et/ou un exercice d'étudiant (e) adjoint (e) du : ..... au .....

**Au cabinet du Docteur (ou Société) .....**

**Adresse complète**

.....

**(renseignements à communiquer impérativement)**

En dehors de sa formation universitaire et des stages hospitaliers prévus aux jours et heures suivants :

-  
-  
-  
-  
-  
-  
-

A , le

A , le

LE CHEF DU POLE ODONTOLOGIE CHU NICE

LA DIRECTRICE DE L'UFR ODONTOLOGIE