

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 :

SIRET (obligatoire) :

Adresse :

Code postal : **Ville :**

☎ : **☎ :**

Adresse électronique (obligatoire) :

Déclare avoir pris connaissance du document "stage actif d'initiation à la vie professionnelle" édité par la faculté de Chirurgie-Dentaire de Rennes.

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^{ème} année de la Faculté de Rennes.

Cachet professionnel :

Signature du Praticien

Date :