Conseil Départemental de L'Ordre des Médecins de l'Hérault
285 rue Alfred Nobel
34000 Montpellier
Tél : 04 67 15 66 70
Mail : cd.34@ordre.medecin.fr
Site : www.conseil34.ordre.medecin.fr

Cadre réservé au CDOM

Licence délivrée le ……..……
Spécialité ……..……
Valable jusqu'au ……..……
QUESTIONNAIRE N°……..…

DEMANDE DE LICENCE DE REMPLACEMENT

NOM……
Prénoms……
Nom de jeune fille……
Nationalité……..……
Date et lieu de naissance……..……

ADRESSE POUR LE CDOM	ADRESSE EMAIL	TELEPHONES
…… …… ……	…… ……	Fixe :…… Portable : ……
ADRESSE PERSONNELLE	ADRESSE EMAIL	TELEPHONES
…… …… ……	…… ……	Fixe : …… Portable :……
ADRESSE POUR LE RPPS	ADRESSE EMAIL	TELEPHONES
…… …… ……	…… ……	Fixe : …… Portable :…… ……

- Faculté où vous avez fait vos études……
- En quelle années êtes-vous inscrit……
- Avez-vous effectué des remplacements……
- Avez-vous encouru des peines ou condamnations Universitaires ? OUI-NON
  Disciplinaires ? OUI-NON
  Pénales ? OUI-NON
  Si oui, lesquelles et à quelles dates ?……
- Avez-vous soutenu votre thèse (diplôme de Docteur en Médecine) OUI-NON
  Date de soutenance …… Lieu……

Il est rappelé aux étudiants qu'ils disposent d'un **délai maximum de trois ans au delà de la durée normale des études** du troisième cycle (nouveaux régimes) pour l'obtention d'une licence de remplacement.

*Souhaitez-vous apparaitre dans le fichier des médecins remplaçants……OUI-NON
*(*Fichier transmis uniquement aux médecins recherchant des remplaçants)*

Reproduire la phrase suivante à la main et signer :
"J'atteste sur l'honneur que les déclarations ci-dessus sont conformes à la vérité."

……
……

DATE et SIGNATURE :