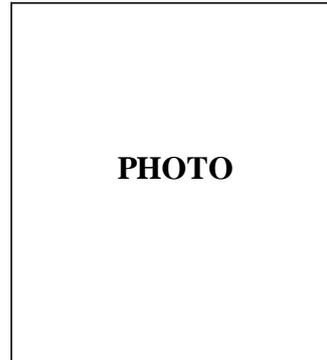


**DOSSIER D'INSCRIPTION AU TABLEAU NATIONAL DE  
L'ORDRE DES MEDECINS DENTISTES DE TUNISIE**



NOM : .....

PRENOM : .....

NUMERO D'INSCRIPTION : 

I	I	I	I
---	---	---	---

CONSEIL REGIONAL DE L'ORDRE .....

**CONSEIL REGIONAL DE  
L'ORDRE**

**CONSEIL NATIONAL DE  
L'ORDRE DES MEDECINS  
DENTISTES DE TUNISIE**

- Dossier déposé le .....

- Avis du Conseil  
Régional : .....

.....

.....

.....

En date du .....

Signature

- Avis du Conseil National : .....

.....

.....

.....

En date du .....

Signature

**I – ETAT CIVIL :**

Nom : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

Est- ce votre nationalité d'origine ? :

Acquise par naturalisation :

Numéro C.I.N : ..... délivrée le : ..... à .....

Adresse de Correspondance : .....

Tél : .....

**II – ETAT CIVIL :**

Marié :

Célibataire :

Nationalité de l'épouse : .....

**III – ETUDES ET TITRES :**

1 – Dans quels établissements avez vous fait vos études : .....

2 – Date et lieu de délivrance de votre diplôme : .....

3 – Autres titres universitaires (indiquer faculté et année de diplôme : .....

4 – Titres hospitaliers (date et hôpital) : .....

#### IV – EXERCICE PRECEDENT :

1 – Avez vous exercé précédemment :(adresse complète et à quel titre)

.....  
.....  
.....

2 Avez-vous été inscrit à un conseil de l'ordre étranger ?

Lequel ? .....

.....

3 Avez-vous été l'objet des sanctions disciplinaires ordinaires ?

Oui

Non

Si oui à quelle date ? .....

Motif .....

#### PRESTATION DU SERMENT

Je soussigné, .....  
déclare avoir pris connaissance du Code de Déontologie et m'engage, sur  
l'honneur et par serment, à observer les prescriptions de ce Code.

Ecrire : Lu et Approuvé :

Fait à ....., le .....

Signature

#### Adresse Professionnelle :

Rue : ..... N° : .....

Ville : ..... Code Postal : .....

Tél : ..... Fax : .....

Date de déclaration de cette adresse : .....

Rue : ..... N° : .....

Ville : ..... Code Postal : .....

Tél : ..... Fax : .....

Date de déclaration de cette adresse : .....

Rue : ..... N° : .....

Ville : ..... Code Postal : .....

Tél : ..... Fax : .....

Date de déclaration de cette adresse : .....

## PARTIE RESERVEE AU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE

### Comparution devant le conseil de discipline

Date : ..... Décision du conseil national .....

Motifs : .....

Date : ..... Décision du conseil national .....

Motifs : .....

Date : ..... Décision du conseil national .....

Motifs : .....

### Radiation et Réinscription :

**Rad**

**Réins**

Date : ..... Motifs : .....

**Rad**

**Réins**

Date : ..... Motifs : .....

**Rad**

**Réins**

Date : ..... Motifs : .....

.....

**CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES  
MEDECINS DENTISTES DE TUNISIE**  
**68, Avenue Farhat Hached –1000 TUNIS**  
**Tél : 71.353.638-Fax : 71.330.434**  
**E-mail : cnomdt@gmail.com**  
\*\*\*

**DEMANDE D'INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE  
DES MEDECINS DENTISTES DE TUNISIE**

Je soussigné, (nom, prénom) : .....  
Docteur en Médecine dentaire portant C.I.N n° ..... Délivrée  
le ..... à .....  
Diplôme de la Faculté de .....  
Adresse E-mail.....

Demande mon inscription au tableau de l'ordre des médecins dentistes, certifie  
sur l'honneur que toutes les déclarations transmises sont conformes à la vérité.  
M'engage à informer le conseil de l'ordre de toute modification, des  
renseignements accompagnant cette demande.

Tunis, Sousse, Sfax, Bèjà, Gabès, le .....

Signature

• **Pièces justificatives jointes :**

- Diplôme original qui vous sera restitué immédiatement
- Une copie conforme de votre diplôme
- Une copie conforme de l'équivalence en cas de diplôme étranger
- Un extrait du casier judiciaire (Bulletin n° 3)
- Une attestation du Ministère de la Défense Nationale (Service militaire).
- Deux photos format d'identité
- 100 dinars frais d'inscription
- 80 dinars de cotisation
- 5 dinars (carte professionnelle).
- Lettre de radiation en cas d'inscription antérieure à un conseil de l'ordre des médecins dentistes étranger.