

À compléter et renvoyer à :

Dr L. BENSLAMA
SFSCMFCO
69, rue de la Tour
75016 Paris
E-mail : sfscmfco@gmail.com

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom* : Prénom* :

Date de naissance * :

Adresse professionnelle* :

Code postal : Ville : Pays :

Adresse d'envoi* de la Revue de Stomatologie, de Chirurgie Maxillo-Faciale et de Chirurgie Orale :

Code postal : Ville : Pays :

E-mail * :

Tél. professionnel * :

Tél. portable* :

PARCOURS PROFESSIONNEL

Année du CONCOURS INTERNAT Ville :

FORMATION :

DES : DESC : DESCO : Autre :

DATE ET INTER RÉGION D'OBTENTION :

Ou en cours :

depuis :

dans l'inter région :

Année de la THESE (le statut d'interne est valable 4 années) :

Titre :

Faculté :

Etablissement :

Autres diplômes : (DEA, DU, MASTER 1, MASTER 3, Thèse de Science, HDR ...)

.....

EXERCICE ACTUEL :

Libéral :

Hospitalier :

PUPH

PH

CCA

Assistant Spécialiste partagé

Assistant Spécialiste

Interne DESC

Interne DESCO

Date(s) de prise de fonction(s) :

Fonctions hospitalières et/ou universitaires :

NOMS ET SIGNATURES DES PARRAINS

(Membres adhérents à la SFSCMFCO) à noter en clair

Docteur :

Docteur :

Date et Signature :

Date et Signature :

Date et Signature du candidat :