Conseil Départemental de L'Ordre
des Médecins de l'Hérault
285 rue Alfred Nobel
34000 Montpellier
Tél : 04 67 15 66 70
Mail : herault@34.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 :