

**CONFIRMATION D'INSCRIPTION - PROGRAMME D'ÉTUDES POSTDOCTORALES
(Formulaire A3.1)**

L'Ordre des dentistes du Québec a reçu une demande de délivrance de permis restrictif de la part du candidat mentionné ci-dessous afin d'être autorisé à exercer la médecine dentaire dans le cadre d'un programme d'études postdoctorales auprès de votre faculté. Afin de compléter sa demande, veuillez remplir les sections ci-dessous.

CANDIDAT

NOM(S) : _____

PRÉNOM(S) usuel(s) : _____

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA DEMANDE

UNIVERSITÉ : ☐ MONTRÉAL ☐ MCGILL ☐ LAVAL

PROGRAMME(S) : _____

DATE DE DÉBUT : _____ DURÉE DU PROGRAMME : _____

ÉTABLISSEMENT(S) OÙ SE DÉROULERONT LES ACTIVITÉS : _____

NOM DU RESPONSABLE DU PROGRAMME : _____

SIGNATAIRE

NOM : _____

PRÉNOM : _____

TITRE : _____

SIGNATURE : _____ Date : _____