

À compléter et renvoyer à :

Pr Gwenaël Raoul
SFSCMFCO

Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie du Pr Joël Ferri
Hôpital Roger Salengro, rue du Professeur Emile Laine, CHRU Lille
59037 Lille Cedex

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* :

***tous les champs sont obligatoires + informations parcours études et exercice actuel.**

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 :

*tous les champs sont obligatoires + informations parcours études et exercice actuel.