

**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: \_\_\_\_\_