

DEMANDE D’ADMISSION

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Êtes-vous déjà membre de la SSO? | [ ]  oui |  [ ]  non |

|  |
| --- |
| Nom: ............................................................... Prénom: ......................................................................Date de naissance: ......................................... Nationalité: .................................................................Adresse privée: ...........................................................................................................................................NPA et localité: ...........................................................................................................................................Tél: .................................................................. Fax: ............................................................................Email: .............................................................. Portable: .....................................................................Reprise de cabinet: [ ]  oui [ ]  non Si oui, de qui: .............................................................Forme de pratique professionnelle: [ ]  cabinet seul [ ]  cabinet de groupe  [ ]  autre (employé ou indépendant): ....................................................................Adresse professionnelle: ..............................................................................................................................NPA et localité: .............................................................................................................................................Tél: .................................................................. Fax: .............................................................................Email: .............................................................. Site internet: ................................................................ |

|  |
| --- |
| **Diplôme de médecin-dentiste** [ ]  fédéral [ ]  autre: ...................................... date: ..............................université: .....................................................................................................................................................Pour les titulaires d’un diplôme étranger, date de la reconnaissance du diplôme: ........................................................................  |

|  |
| --- |
| **Titres universitaires et spécialisations** [ ]  fédéral [ ]  autre: ...................................... date: ..............................titre: ...............................................................................................................................................................université: ...................................................................................................................................................... [ ]  fédéral [ ]  autre: ...................................... date: ..............................titre: ...............................................................................................................................................................université: ...................................................................................................................................................... [ ]  fédéral [ ]  autre: ...................................... date: ..............................titre: ...............................................................................................................................................................université: ...................................................................................................................................................... Pour les titulaires d’un diplôme étranger, date de la reconnaissance du/des titre(s) de spécialiste: .............................................. |

|  |
| --- |
| **Sociétés professionnelles ou scientifiques**Êtes-vous ou avez-vous été membre d’associations professionnelles? Si oui, lesquelles?........................................................................................... Depuis quand? ......................................................................................................................................... Depuis quand? ......................................................................................................................................... Depuis quand? ..............................................Avez-vous été exclu d’une société professionnelle? [ ]  oui [ ]  nonSi oui, de laquelle: ....................................................................................................................................... |

|  |
| --- |
| **Droit de pratique**Avez-vous ou avez-vous eu le droit de pratiquer la médecine dentaire en dehors du canton de Neuchâtel?Si oui, dans quel canton/quel pays et pendant quelle période?............................................................................................... Du ............................. au ............................................................................................................................ Du ............................. au ............................................................................................................................ Du ............................. au .............................Avez-vous été privé du droit de pratique? [ ]  oui [ ]  nonSi oui, quand et où: ........................................................................................................................................Date de l’obtention du droit de pratique dans le **canton de Neuchâtel**: .......................................................Litiges, sanctions, contentieux éventuels relatifs à l’activité professionnelle passée:……………OUI /NON (si oui veuillez péciser (lettre annexe))  |

|  |
| --- |
| **Personnes de référence**Prière d’indiquer nom, prénom et numéro de téléphone de 2 à 3 personnes de référence:......................................................................................... Tél: .............................................................................................................................................................. Tél: .............................................................................................................................................................. Tél: ..................................................................... |

Ces données seront traitées de façon confidentielle.

Le candidat déclare avoir pris connaissance du règlement d’admission, des statuts de la SSO-NE, et du code de déontologie de la SSO et s’engage à les respecter.

De plus, le candidat autorise le responsable des admissions à se renseigner auprès de toutes autorités ou organisations professionnelles.

Le candidat déclare sur l’honneur avoir rempli toutes les rubriques de la demande d’admission de manière complète et exacte, en particulier la rubrique relative aux éventuels, litiges, sanctions et contentieux.

Lieu et date: ............................................................................ Signature: ....................................................

**Annexes**Curriculum vitae, copie du/des diplôme(s); copie du /des droit(s) de pratique et des éventuelles décisions de reconnaissance.

 [ ]  autres: ...........................................................................................................