

CONSENTEMENT CONSULTATION CASIER JUDICIAIRE
EUROPEEN

Je soussigné, Docteur.....

Né(e) le :

A :

PAYS :.....

autorise expressément le Conseil départemental du Loiret de l'Ordre des médecins,
auprès duquel j'ai déposé ma demande d'inscription, à solliciter l'équivalent du bulletin
n° 2 du casier judiciaire de l'Etat (des Etats) dont je suis ressortissant(e), ainsi que de
l'Etat (les Etats) dans lequel (lesquels) j'ai exercé, par l'intermédiaire du casier judiciaire
national français.

Fait à :

Le :

SIGNATURE