

STAGE D'OBSERVATION LABORATOIRE DE PROTHESE DENTAIRE ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné (e), M/Mme (nom et prénom)

.....

Etudiant à la Faculté de Chirurgie Dentaire de Nice

Qui va effectuer son stage d'observation au sein du laboratoire de prothèse dentaire chez

Nom Prénom

Adresse

.....

Du au

S'engage à prendre toutes les mesures de protection sanitaire qui s'imposent et respectera l'ensemble des gestes barrières recommandés par le prothésiste en période Covid.

Pour valoir ce que de droit.

A

Le

Signature du Maître de stage

Signature de l'étudiant

Signature de la Doyenne de la Faculté