



**ORDRE DES MEDECINS**  
**Conseil Départemental de la Loire**

8 rue de l'Artisanat  
42270 SAINT PRIEST EN JAREZ

Tél. 04 77 59 11 11  
Fax 04 77 57 04 27  
loire@42.medecin.fr

**CONSENTEMENT CONSULTATION CASIER JUDICIAIRE EUROPEEN**

*Objet : autorisation de consultation du casier judiciaire*

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

autorise expressément le Conseil Départemental de la Loire de l'Ordre des Médecins auprès duquel j'ai déposé ma demande d'inscription, à solliciter l'équivalent du bulletin n°2 auprès du casier judiciaire de l'Etat (des Etats) dont je suis ressortissant(e), ainsi que de l'Etat (des Etats) dans lequel (lesquels) j'ai exercé, par l'intermédiaire du Casier Judiciaire National Français.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**SIGNATURE**