

CERTIFICAT DE RÉALISATION

Je soussigné(e) **Dr YASUKAWA Kazutoyo**

représentant légal du dispensateur de l'action concourant au développement des compétences :
Faculté d'odontologie de Lorraine – Université de Lorraine

atteste que :

123 123

a suivi la formation « **Restaurations adhésives indirectes : Clés et limites de leur pérennité** »

Nature de l'action de formation :

- ☒ action de formation
- ☐ bilan de compétences
- ☐ action de VAE
- ☐ action de formation par apprentissage

qui s'est déroulée le **13 novembre 2025**

pour une durée totale de **1 journée**

Sans préjudice des délais imposés par les règles fiscales, comptables ou commerciales, je m'engage à conserver l'ensemble des pièces justificatives qui ont permis d'établir le présent certificat pendant une durée de 3 ans à compter de la fin de l'année du dernier paiement. En cas de cofinancement des fonds européens la durée de conservation est étendue conformément aux obligations conventionnelles spécifiques.

Fait à : **Vandœuvre-lès-Nancy**

Le : **02/07/2025**

Certificat valable : **10 ans**

Cachet et signature
du responsable du dispensateur de formation
Dr YASUKAWA Kazutoyo
Doyen de la faculté d'odontologie de Lorraine

 **FACULTÉ
D'ODONTOLOGIE
DE LORRAINE**
