

AUTORISATION POUR VERIFICATION DE CURSUS UNIVERSITAIRE
(Y joindre la copie de votre pièce d'identité)

Je soussigné(e),

Nom :
(en lettres capitales)

Prénom :
(en lettres capitales)

Né(e) :/...../..... à

Adresse :
.....
.....

Autorise l'Université Paris-Dauphine à répondre à la demande de vérification de :

.....
.....

Concernant le/les diplômes de :
(indiquer l'année d'obtention)

.....
.....
.....

En signant le présent document, vous consentez au transfert de données à caractère personnel vous concernant, que le pays du destinataire offre ou non, un niveau de protection suffisant de ces mêmes données.

Fait le à

Signature