

AUTORISATION POUR VERIFICATION DE CURSUS UNIVERSITAIRE

Ce formulaire doit être rempli pour chaque vérification de diplôme demandé. Il faut y joindre [obligatoirement la copie de votre pièce d'identité et la copie du \(des\) diplôme \(s\) ou de l'attestation de réussite](#)

Je soussigné(e),

Nom :(en lettres capitales)

Prénom :(en lettres capitales)

Né(e) :/...../.....à

Adresse :

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

Autorise l'Université Sorbonne Paris Nord à répondre à la demande de vérification de :

Nom : VERIFDIPLOMA (en lettres capitales)

Prénom : VERIFDIPLOMA (en lettre capitales)

Qualité ou organisme représenté (Entreprise, Institution,) VERIFDIPLOMA

.....

Concernant le diplôme de :

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