

Services aux Étudiant·e·s
Direction de la Formation et de la Vie Étudiante

Place du Maréchal de Lattre de Tassigny
75775 Paris Cedex 16

www.dauphine.psl.eu

AUTORISATION POUR VERIFICATION DE CURSUS UNIVERSITAIRE

(Y joindre la copie de votre pièce d'identité)

Je soussigné(e),

Nom patronymique :
(en lettres capitales)

Prénom :
(en lettres capitales)

Né(e) :/...../..... à

Adresse postale :

.....

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

.....

Concernant le/les diplômes de :
(préciser 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 :