

Joindre la copie de votre pièce d'identité

Je soussigné(e),

NOM (en majuscules) :

PRENOM (en majuscules) :

Né(e) :/...../..... à

Adresse :

Code postal :

Ville :

Autorise l'Institut Léonard de Vinci 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