



PROCURATION

Je soussigné·e,

Né·e le |__|_|_| |__|_|_| |__|_|_|_| | À.....

Adresse :.....

.....

.....

autorise le service des Service des Études et de la Vie Étudiante (SEVE) à remettre à :

Nom/prénom :.....

Né·e le |__|_|_| |__|_|_| |__|_|_|_| | À.....

Adresse :.....

.....

.....

mon (ou mes) diplôme(s) de

.....année |__|_|_|_| | - |__|_|_|_| |

.....année |__|_|_|_| | - |__|_|_|_| |

.....année |__|_|_|_| | - |__|_|_|_| |

Fait à, le

Conformément à la législation en vigueur, remplir ce formulaire entraîne le traitement de vos données personnelles par la Rochelle Université, fondé sur votre consentement, afin de traiter votre demande de procuration pour le retrait de votre diplôme.

*Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à « l'informatique, aux fichiers et aux Libertés » et au Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, **Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui vous concernent.***

*Si vous souhaitez exercer ces droits, vous pouvez contacter **notre délégué à la protection des données (DPO) en joignant à votre demande une copie d'un justificatif d'identité**, et en écrivant à l'adresse suivante :23 avenue Albert Einstein – BP 33060 – 17031 La Rochelle ou messagerie électronique à dpo@univ-lr.fr.*

Signature

Pièce d'identité du mandaté (originale) et du demandeur (copie recto verso) obligatoire