

AUTORISATION DE VERIFICATION A LA SOURCE

DES DONNEES PERSONNELLES

Je soussigné(e),

Docteur

autorise le CHR de la Citadelle à vérifier l'authenticité de mes diplômes, titres et qualifications auprès des établissements d'enseignement qui m'ont octroyé un diplôme, ainsi qu'auprès des organisations ou fédérations professionnelles qui attestent de mes titres et qualifications. J'autorise également le CHR de la Citadelle à conserver une copie de ma carte d'identité.

Date :

Signature :

Cachet :