

CONSENTEMENT À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS



Tél: (450) 692-0595
Fax: (450) 692-2601
Sans frais: 1 866 692-2601
Courriel : info@verificationexcelle.com

Madame,
Monsieur,

Je, soussigné(e) autorise les représentants de la compagnie _____ ou une firme mandaté par celle-ci, à procéder à une vérification de mon dossier scolaire auprès du Ministère de l'Éducation ou de l'établissement scolaire concerné.

Je comprends que les informations ainsi obtenues demeureront **strictement confidentielles**. J'atteste que les renseignements fournis, relativement à ma formation scolaire, sont véridiques et complets et je comprends que toute fausse déclaration peut entraîner le rejet de ma candidature.

Niveau de scolarité :

AENS DES DEP AEC DEC
 DESS CERTIFICAT BAC Autre : _____

Nom de l'institution : _____

Programme : _____

Date d'obtention du diplôme : _____

Nom en lettres moulées : _____

Date de naissance : _____

En foi de quoi j'ai signé le _____

Signature : _____