

Date de dépôt : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

PROCURATION RETRAIT DE DIPLOME

Je soussigné(e) (à remplir par le titulaire du diplôme)

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénoms :

Date et lieu de naissance : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| à

Si possible, numéro étudiant à l'Université de Tours |_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse :

Code postal |_|_|_|_|_| Ville :

 : @mail :

Donne procuration à :

Nom du (de la) mandaté(e) pour le retrait du document(s) :

Prénom :

Date et lieu de naissance : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| à

Adresse :

Code postal |_|_|_|_|_| Ville :

 : @mail :

Pour retirer mon diplôme(s) ci-dessous :

LICENCE

MASTER

D.U

D.E.A

FILIERE :

Date /_|_|/_|_| / |_|_|_|_| / |_|_|_|_|

Signature du titulaire du diplôme

Signature du (de la) mandaté(e)
pour le retrait des documents

➔ **Joindre impérativement à cette Procuration**

- ⇒ Copie recto/verso de la pièce d'identité du titulaire du ou des documents à retirer
- ⇒ Pièce d'identité + photocopie de recto/verso de la pièce d'identité du (de la) mandaté(e).