



## Einwilligungserklärung zur Verifikation von Abschlussunterlagen

Hiermit bestätige ich,

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

falls abweichend, Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

aktuelle Anschrift: \_\_\_\_\_,

dass ich das/die zusammen mit dieser Einwilligungserklärung in Kopie vorgelegte/n Dokument/e von der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt im Original erhalten habe.

Ich bitte die Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt, die Ausstellung dieses Dokumentes/dieser Dokumente und dessen/deren Gültigkeit gegenüber folgender Empfängerin bzw. folgendem Empfänger

\_\_\_\_\_  
Empfänger/in der Verifikation

zu verifizieren.

Ich willige ein, dass die Verifikation durch die Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt per Mail erfolgt und bitte, diese an folgende Mail-Adresse zu senden:

\_\_\_\_\_  
Empfänger/in der Verifikation (Mail)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Absolventin/des Absolventen