

## Antragsformular für Akademische Zeugnisse

**A. Für Studienbewerber:** Dieses Formular wird zur Verfügung gestellt, um die Datenfreigabe Ihrer akademischen Zeugnisse/Leistungsnachweise durch Ihre akademische Institution zu erleichtern. Sie sind dafür verantwortlich, sich mit Ihrer akademischen Institution direkt in Verbindung zu setzen.

1. Füllen Sie den oberen Teil dieses Formulars aus. Sie müssen die ID Nummer der University of Lethbridge angeben.
2. Legen Sie dieses Formular dem Rektor, dem Prüfungsleiter oder einer/m anderen autorisierten Beauftragten an der besuchten Institution vor.
3. Drucken Sie zusätzliche Kopien dieses Formulars aus, falls erforderlich.

University of Lethbridge ID Nummer		
Familiennamen		Vorname/weitere Namen
Geburtsname (falls zutreffend)	Geburtsdatum (tt-mmm/jjjj)	Email
Name der Institution	Staat	Besucht Von (mm/jjjj) Bis (mm/jjjj)
Studienabschluss (sofern vorhanden)	Abschlussjahr (sofern vorhanden)	Studienschwerpunkt
Matrikelnummer oder Rollnummer der sendenden Institution (sofern vorhanden)		

Hiermit autorisiere ich die Datenfreigabe meiner akademischen Zeugnisunterlagen an die University of Lethbridge.

Unterschrift des Bewerbers: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**B. Für autorisierte Beauftragte:** Die obengenannte Person erbittet um den Versand einer Kopie ihrer kompletten Zeugnisunterlagen an die University of Lethbridge. Die Zeugnisse/Leistungsnachweise zeigen die Angabe aller absolvierten Fächer/Kurse, alle erteilten Noten/Zensuren für alle Studienjahre, der Name aller Abschlüsse, und das Abschlussdatum.

1. Bitte füllen Sie dieses Formular aus.
2. Geben Sie dieses Formular und alle akademischen Zeugnisunterlagen in einen Umschlag.
3. Versiegeln Sie den Umschlag und unterschreiben Sie quer über die Lasche des Umschlages.
4. Senden Sie dieses Formular und alle akademischen Zeugnisunterlagen direkt an die University of Lethbridge:

Admissions  
University of Lethbridge  
4401 University Drive West  
Lethbridge, AB T1K 3M4  
Canada

Name der Institution	
Studienabschluss (sofern vorhanden)	Abschlussdatum (Monat/Jahr)
Name der ausfüllenden Person (in Blockschrift)	Titel/Position
Telefonnummer	Email

Unterschrift des Zeichnungsberechtigten und Dienstsiegel: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_