

DIVERSITY AUDIT *VIELFALT GESTALTEN*

Bewerber/Antragsteller

Hochschule

Adresse

Zahl der eingeschriebenen Studierenden im WS 2017/18: _____

Projektleitung/Ansprechpartner

Titel, Vor- und Zuname

Funktion

E-Mail

Telefon

Fax

Adresse (wenn von Adresse der Hochschule abweichend)

Hiermit verpflichtet sich die Hochschulleitung, das Auditierungsverfahren aktiv zu unterstützen und in der Steuerungsgruppe mitzuarbeiten.

Unterschrift eines Mitglieds der Hochschulleitung:

Datum

Unterschrift, Stempel

ZUKUNFT
MACHEN

DIE BILDUNGS-
INITIATIVE®
DES STIFTERVERBANDES