

## DIVERSITY AUDIT *VIELFALT GESTALTEN*

### Bewerber/Antragsteller

\_\_\_\_\_

Hochschule

\_\_\_\_\_

Adresse

Zahl der eingeschriebenen Studierenden im WS 2020/21: \_\_\_\_\_

### 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<sup>®</sup>  
DES STIFTERVERBANDES