

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentacji aplikacyjnej oraz przekazanych podczas trwania procesu rekrutacyjnego w zakresie niezbędnym do wyłonienia kandydata na stanowisko Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Proszowicach przez Administratora t.j. Starosta Powiatu Proszowickiego, z siedzibą przy ul. 3 Maja 72, 32-100 Proszowice.

1. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są zgodne z prawdą.
2. Zapoznałam/em się z treścią informacji dot. przetwarzania moich danych osobowych zawartej w „Klauzuli informacyjnej dla osoby ubiegającej się o stanowisko Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Proszowicach, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz przysługujących mi prawach, jako właściciela danych”.

.....
/data, imię i nazwisko/