

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/podpisana wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek Zdrowia w Łapszach Niżnych, ul. Długa 169, 34-442 Łapsze Niżne, moich danych osobowych zawartych w CV i wszelkich innych złożonych przeze mnie dokumentów aplikacyjnych na potrzeby bieżącego procesu rekrutacyjnego oraz na potrzeby przyszłych rekrutacji do czasu cofnięcia zgody.

Oświadczam, że zostałem poinformowany/a, iż wyrażenie zgody jest dobrowolne oraz, że mam prawo w dowolnym momencie wycofać wyrażoną przeze mnie zgodę, a wycofanie zgody może nastąpić przez moje jednostronne oświadczenie i nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....

data i podpis