(miejscowość, data)

(imię i nazwisko)

(miejsce zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby postępowania konkursowego na stanowisko Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Skaryszewie, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, zwane RODO).

Powyższa zgoda została wyrażona dobrowolnie zgodnie z art.4 pkt. 11 RODO.

Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo wycofać powyższą zgodę w dowolnym momencie poprzez złożenie pisemnego oświadczenia.

(czytelny podpis kandydata)