

.....
(miejsowość i data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(data urodzenia)

.....
(imiona rodziców)

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Świętokrzyskie Centrum Doskonalenia Nauczycieli w Kielcach, 25-431 Kielce, ul. Marszałka J. Piłsudskiego 42, w celu przeprowadzenia naboru na wolne stanowisko urzędnicze:

Specjalista ds. edukacji zdrowotnej

.....
(nazwa stanowiska)

Niniejsze oświadczenie dotyczy również zgody na przetwarzanie moich danych osobowych, które nie są wymagane przepisami prawa, a które przedkładam dodatkowo i dobrowolnie.

Jednocześnie oświadczam, że przekazuję moje dane osobowe całkowicie dobrowolnie. Oświadczam ponadto, że zostałem poinformowany o przysługującym mi prawie dostępu do treści tych danych i możliwości ich poprawienia, a także o prawie wycofania zgody na przetwarzanie tych danych w każdym czasie.

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis składającego oświadczenie)