

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych

1. 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 Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. Marty Wieckiej przez Administratora, tj. Powiat Bocheński reprezentowany przez Starostę Bocheńskiego, którego siedzibą jest Starostwo Powiatowe mieszczące się w budynku przy ul. Kazimierza Wielkiego 31, 32-700 Bochnia.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są zgodne z prawdą.
3. Zapoznałam/em się z treścią informacji dot. przetwarzania moich danych osobowych zawartej w „Klauzuli informacyjnej dla osoby ubiegającej się o stanowisko Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. Marty Wieckiej”, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz przysługujących mi prawach, jako właściciela danych.

.....
/data, imię i nazwisko/