

**URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO**

**Wybrzeże Juliusza Słowackiego 12-14, 50-411 Wrocław**

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
DO CELÓW POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO NA STANOWISKO DYREKTORA**

**SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA IM.DRA A.SOKOŁOWSKIEGO W WAŁBRZYCHU**

Ja niżej podpisana/podpisany[[1]](#footnote-1) …………………………………………………………. *(imię i nazwisko*) oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów niniejszego postępowania konkursowego, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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 osobowych)
(Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, str. 1).

……………………….………………….…………………………….

Data, miejsce i podpis osoby składającej oświadczenie

1. niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-1)