OŚWIADCZENIE

Zgodnie z art. 6 ust 1 lit. a) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27.04.2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) oraz ustawą z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2019.1781) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów przeprowadzenia postępowania konkursowego na stanowisko „*Położnej Oddziałowej Oddziału Położniczo-Ginekologicznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej imienia doktora Kazimierza Hołogi w Nowym Tomyślu”* przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Tomyślu   
z siedzibą przy ul. Poznańskiej 30 64-300 Nowy Tomyśl.”

---------------------------------------

(czytelny podpis Kandydata)