

Ruda Śląska,.....

.....
imię i nazwisko wyrażającego zgodę

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wymaganych na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 393) w tym numeru telefonu, zawartych w moich dokumentach aplikacyjnych w celu usprawnienia kontaktu z Urzędem Miasta Ruda Śląska w zakresie prowadzonego konkursu na wolne stanowisko pracy: kierownika Przychodni Rejonowej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rudzie Śląskiej z siedzibą przy ulicy Pokoju 4.

.....
(czytelny podpis)

Na podstawie art. 7 ust. 3 Rozporządzenia 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) ma Pan/Pani prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.