



**Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Gminie Raba Wyżna**

Załącznik Nr 2

do Ogłoszenia o konkursie
na stanowisko Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa
w SPGZOZ w Gminie Raba Wyżna

.....
(miejscowość i data)

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana/y, na podstawie art.6 ust. 1 lit. a 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) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.), niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa w SPGZOZ w Gminie Raba Wyżna.

.....
(czytelny podpis)