

.....  
*Nazwisko i imię*

### **OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w mojej ofercie na stanowisko Pielęgniarki/Położnej Oddziałowej w Szpitalu Wojewódzkim im. Jana Pawła II w Bełchatowie, ul. Czapliniecka 123, 97-400 Bełchatów dla potrzeb niezbędnych w procedurze konkursowej – zgodnie z Rozporządzeniem 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 zwanego „RODO”.

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Podpis*