

Zgodnie z treścią art. 6 ust.1 lit.a, Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 dalej RODO, informuję, iż:

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci numeru telefonu oraz adresu e-mail przez administratora danych MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce, Al. Jana Pawła II, 07-410 Ostrołęka, w celu:

- |                 |          |
|-----------------|----------|
| a) rekrutacji   | TAK/NIE* |
| b) zatrudnienia | TAK/NIE* |

2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....

\* niepotrzebne skreślić

(data i podpis)