***Załącznik nr 1***

**Dane osobowe kandydata**

............................................................. ………………………………… Imię (imiona) nazwisko Miejscowość, data

……………………………………….. Data i miejsce urodzenia

……………………………………….. Nr tel.

……………………………………….. Obywatelstwo

…………………………………………………………. Miejsce zamieszkania (adres korespondencji)

**ZGODA**

**na przetwarzanie danych osobowych kandydatów\***

Ja niżej podpisany/a zgodnie z art. 6 ust.1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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.2016.119.1),wyrażam zgodę na:

1) przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionej przeze mnie dokumentacji w trakcie procesu rekrutacji na stanowisko rejestratorki medycznej w SPZOZ Lipnica Wielka.

2) udostępnianie moich danych osobowych innym instytucjom oraz osobom w celach związanych z organizacją procesu rekrutacyjnego na stanowisko na stanowisko rejestratorki medycznej w SPZOZ Lipnica Wielka.

……………………………..…………………

Data i podpis