…………………………………………………… ……………………………………………………

*(imię i nazwisko kandydata) (data i miejscowość)*

……………………………………………………

*(adres zamieszkania)*

……………………………………………………

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH KANDYDATA DO PRACY**

Ja, niżej podpisany(a), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Czarnkowie na potrzeby czynności niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, zgodnie
z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2019 r.,
poz. 1781) oraz zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO).

……………………………………………………

*(czytelny podpis)*