# ……………………………………………………….

(imię i nazwisko)

# ……………………………………………………….

(adres)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych

w dostarczonych przeze mnie dokumentach aplikacyjnych do naboru na wolne stanowisko Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Stalowej Woli przez Prezydenta Miasta Stalowej Woli z siedzibą 37-450 Stalowa Wola, ul. Wolności 7, w celu realizacji procesu rekrutacji. Zostałem poinformowany, iż zgoda może zostać przeze mnie wycofana w każdym momencie procesu rekrutacyjnego.

# ………………………………………………………………………

(data i czytelny podpis)