…….
(imię i nazwisko)

…….
(adres)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dostarczonych przeze mnie dokumentach aplikacyjnych do naboru na wolne stanowisko Dyrektora/Dyrektorki 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/Zastałam poinformowany/a, iż zgoda może zostać przeze mnie wycofana w każdym momencie procesu rekrutacyjnego.

……
(data i czytelny podpis)