Załącznik do ogłoszenia

o konkursie na stanowisko

Dyrektora ZOZ w Nidzicy

……………………………………………………………….

(imię i nazwisko)

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody**

**na przetwarzanie danych osobowych**

 Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedłożonych przeze mnie dokumentach aplikacyjnych (w tym również służących do kontaktu ze mną w trakcie konkursu)
w celu i zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postepowania konkursowego na stanowisko Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Nidzicy.

 …………………………………………………………………..

 (podpis kandydata)