

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA  
o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

Zgodnie z § 12 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (t. j. Dz.U. z 2018 r., poz. 393) oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Starostwo Powiatowe w Oleśnie, zawartych w składanych przeze mnie dokumentach aplikacyjnych, w celu przeprowadzenia konkursu na stanowisko dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Oleśnie.

.....  
(czytelny podpis)