



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



.....
miejsowość

.....
data

.....
imię i nazwisko

.....
adres

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana(y), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach dla potrzeb niezbędnych do celów związanych z procedurą przeprowadzenia naboru na stanowisko Asystenta Osoby Niepełnosprawnej/ Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej* przez administratora danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Ks. Pr. St. Słonki 24, 34-300 Żywiec (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)).

.....
czytelny podpis

*niepotrzebne skreślić