Załącznik nr 4

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy w Rabce-Zdroju

ul. Prof. Jana Rudnika 3B, 34-700 Rabka-Zdrój

☐ Ja, niżej podpisany, świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy w Rabce-Zdroju (Administratora danych osobowych) niezbędnych w celu przeprowadzenia wyłącznie niniejszego konkursu na stanowisko lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

☐ Zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w procesie rekrutacji.

☐ Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych, możliwości ich sprostowania, ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (w przypadku, gdy uznam, iż podane przeze mnie dane osobowe nie są przetwarzane zgodnie z celem, do jakiego zostały podane bądź z obowiązującymi przepisami prawa).

☐ Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o przysługującym mi prawie do wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie moich danych osobowych.

☐ Zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany, że nie jest możliwa realizacja prawa do usunięcia danych osobowych, w przypadku, gdy Administrator jest zobowiązany na podstawie przepisów prawa do dalszego przetwarzania danych osobowych w zakresie określonym przez odpowiednie przepisy prawa lub w celach niezbędnych do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

☐ W wypadku negatywnego rozstrzygnięcia konkursu, moją aplikację proszę odesłać na adres podany w dokumentach.

.....
(data i podpis Oferenta)