

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH OSÓB REKRUTOWANYCH**

Czy zgadza się Pan/i na przetwarzanie swoich danych osobowych zamieszczonych w niniejszym formularzu przez SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM W SZCZECINIE AL. POWSTAŃCÓW WIELKOPOLSKICH 72, 70-111 SZCZECIN w celu:

**1. udziału przez Panią/a w procesie obecnej rekrutacji**

TAK             NIE

**2. przetwarzanie Pani/Pana danych kontaktowych:****1. numer telefonu**

TAK             NIE

**2. adres mailowy**

TAK             NIE

**3. udziału przez Panią/a w przyszłych rekrutacjach**

TAK             NIE

**4. na przetwarzanie Pani/a wizerunku**

TAK             NIE

**Informacja o prawie cofnięcia zgody**

W każdej chwili przysługuje Pani/u prawo do wycofania zgody na przetwarzanie swoich danych osobowych. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie wcześniej udzielonej zgody przed jej wycofaniem.

.....

Podpis osoby rekrutującej