………………………………..

(miejscowość i data)

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany(a) , legitymujący(a) się dowodem

(imię i nazwisko)

osobistym/lub innym dokumentem tożsamości [[1]](#footnote-1) wydanym przez

(seria nr)

.., niniejszym oświadczam, że posiadam pełną zdolność do

czynności prawnych i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celu uzyskania uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. *o ochronie danych osobowych* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 z późn. zm.).

……………………..

podpis

1. *niepotrzebne skreślić* [↑](#footnote-ref-1)