………………………………………. *Miejscowość, data*

………………………………………………….

*Imię i nazwisko kandydata*

………………………………………………….

………………………………………………….

*Adres zamieszkania*

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie**

**danych osobowych do celów naboru**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Ministerstwo Zdrowia moich danych osobowych zawartych w ofercie na stanowisko .…………………………….…………   
w Ministerstwie Zdrowia (ogłoszenie nr …..……….….), do celów naboru, w zakresie wykraczającym poza katalog danych osobowych wymienionych w art. 221 § 1 Kodeksu pracy[[1]](#footnote-1).

………….………….…………….………………

*Podpis kandydata*

Informujemy, że zgodę można wycofać w dowolnym momencie poprzez złożenie oświadczenia w formie umożliwiającej potwierdzenie tożsamości osoby składającej. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano   
na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

1. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1040, z późn. zm.). [↑](#footnote-ref-1)