**ZGODA**

**na przetwarzanie danych osobowych udzielana przez osobę, której dane dotyczą**

Ja ………………………………………………………………………………………

 (imię i nazwisko)

 wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych:

Województwo Kujawsko-Pomorskie – Urząd Marszałkowski Województwa

Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu

NIP: 956-19-45-671, REGON: 871121290

Plac Teatralny 2, 87-100 Toruń, reprezentowany przez:

Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego

Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie w celu:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Wyboru kandydata na stanowisko dyrektora Kujawsko-Pomorskiego Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy |

Oświadczam, iż udostępnione Administratorowi dane są zgodne z prawdą, a także, że zostałem(am) poinformowany(a) na temat warunków przetwarzania moich danych osobowych.

Toruń, . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . r. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 (podpis osoby, której dane dotyczą)