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

Niniejszym 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 – Piotra Całbeckiego

Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie w celu:

- przeprowadzenia konkursu na stanowisko dyrektora Medyczno-Społecznego Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Toruniu.

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)