

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko

\_\_\_\_\_  
Rekrutacja na stanowisko

\_\_\_\_\_  
Numer telefonu

***Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Zakład Leczenia Uzależnień w Charcicach  
Charcice 12  
64-412 Chrzypsko Wielki***

### **Odwołanie zgody na przetwarzanie danych osobowych**

Zgodnie z art. 7 ust. 3 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady(UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, zwanego dalej „RODO”) odwołuję wyrażoną przeze mnie zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu prowadzonej rekrutacji na aplikowane przeze mnie stanowisko.

\_\_\_\_\_  
Data oraz czytelny podpis (imię i nazwisko)