

 Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Gdańsku Podmiot Leczniczy Samorządu Województwa Pomorskiego	OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH (kandydaci do pracy)	F-301-001-005	Wydanie: 10 03.02.2026 Strona 1/1
--	--	---------------	---

Gdańsk, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY
NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
(kandydaci do pracy)**

Oświadczam, że zgodnie z przepisami: art. 6 ust. 1 lit. a w związku z art. 4 pkt 1 oraz art. 9 ust. 2 lit. a w związku z art. 9 ust. 1 - rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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), opublikowanym w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej Nr 119/1 z dnia 4 maja 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, przez Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Gdańsku, z siedzibą przy ul. Okrąg 1b, 80-871 Gdańsk, w celu realizacji zadań związanych z prowadzoną w stosunku do mnie rekrutacją na wolne stanowisko pracy.

Jednocześnie **wyrażam/nie wyrażam*** zgodę na przetwarzanie danych w celu wykorzystania ich w kolejnych naborach prowadzonych przez Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Gdańsku przez okres 9 miesięcy.

Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulami informacyjnymi sporządzonymi zgodnie z przepisami art. 13 i art. 14 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, które administrator- Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Gdańsku - udostępnił:

- na tablicy informacyjnej znajdującej się w jego siedzibie;
- na stronie internetowej Ośrodka pod adresem internetowym: <http://womp.gda.pl/>

.....
(podpis)

* należy podkreślić właściwą odpowiedź