

....., dn. ....

.....

.....

Informuję, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dostarczonych przeze mnie dokumentach aplikacyjnych przez Państwowy Instytut Medyczny MSWiA, ul. Wołoska 137 w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji”.