	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Opolu	Załącznik nr 3 do procedury: „Rekrutacja, zatrudnianie, dokonywanie oceny oraz awansowanie pracowników”
	PODANIE O PRACĘ	

Opole, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(ulica, nr domu i mieszkania)

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

Tel.:

**Dyrektor
SP ZOZ MSWiA w Opolu**

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do pracy na stanowisko:

.....
(podać stanowisko)

W
(podać komórkę organizacyjną)

Prośbę swą motywuję:

.....
.....
.....
.....
(krótkie uzasadnienie)

.....
(podpis osoby ubiegającej się o zatrudnienie)

Oświadczenie:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w ofercie pracy dla potrzeb realizacji procesu rekrutacji.

.....
(podpis osoby ubiegającej się o zatrudnienie)



**OŚWIADCZENIE
OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ZATRUDNIENIE**

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Imiona rodziców:* ojciec matka

3. Data urodzenia

4. Dane kontaktowe:**

.....

.....


5. Wykształcenie
(nazwa szkoły i rok ukończenia)

zawód specjalność

stopień naukowy tytuł zawodowy tytuł naukowy

6. Przebieg dotychczasowego zatrudnienia

Okres		Nazwa pracodawcy	Stanowisko
od	do		

	<p style="text-align: center;">Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Opolu</p>	<p>Załącznik nr 2 do procedury: „Rekrutacja, zatrudnianie, dokonywanie oceny oraz awansowanie pracowników”</p>
	<p>OŚWIADCZENIE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ZATRUDNIENIE</p>	

7. PESEL*, a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

.....

.....

8. Oświadczam, że dane zawarte w pkt.1-3 i 7 są zgodne z dowodem osobistym lub innym dowodem tożsamości*** tj.:

.....

.....

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis osoby ubiegającej się o zatrudnienie)

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis osoby ubiegającej się o zatrudnienie)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w oświadczeniu przez SP ZOZ MSWiA w Opolu z siedzibą w Opolu przy ul. Krakowskiej 44 dla celów związanych z uzyskaniem zatrudnienia zgodnie z przepisami 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). Jednocześnie mam prawo dostępu do swoich danych i ich poprawiania.

.....
(podpis osoby składającej kwestionariusz)

Klauzula informacyjna ochrony danych osobowych dla procesu rekrutacyjnego w SP ZOZ MSWiA w Opolu

Zgodnie z art. 13 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, informuję że:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Opolu z siedzibą w Opolu przy ul. Krakowskiej 44. tel.: 77 401 11 00.
- Dane kontaktowe do inspektora ochrony danych: ido@spzozmswia.opole.pl.
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia rekrutacji na podstawie Kodeksu pracy.
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do 12 miesięcy od zakończenia procesu rekrutacji.
- Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz ich sprostowania.
- Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pani/Pan zobowiązana/ny do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości udziału w procesie rekrutacji.

UWAGA:

- * **Dodatkowe dane osobowe, których obowiązek podania wynika z przepisów szczególnych tj. art. 12 pkt. 6 Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r. poz. 152 ze zm.).**
- ** **Np. adres do korespondencji, telefon kontaktowy lub adres mailowy.**
- *** **W przypadku innego dowodu tożsamości, proszę wskazać rodzaj dokumentu np. paszport.**

Klauzula informacyjna ochrony danych osobowych dla procesu rekrutacyjnego w SP ZOZ MSWiA w Opolu

Zgodnie z art. 13 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, informuję że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Opolu z siedzibą w Opolu przy ul. Krakowskiej 44. tel.: 77 401 11 00.
2. Dane kontaktowe do inspektora ochrony danych: **ido@spzozmswia.opole.pl.**
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu **przeprowadzenia rekrutacji** na podstawie **Kodeksu pracy.**
4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane **do 12 miesięcy od zakończenia procesu rekrutacji.**
5. Przysługuje Pani/Panu **prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz ich sprostowania.**
6. Przysługuje Pani/Panu **prawo do wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych.**
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest **wymogiem ustawowym.** Jest Pani/Pan zobowiązana/ny do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych jest **brak możliwości udziału w procesie rekrutacji.**

data i podpis osoby ubiegającej się o zatrudnienie