

.....
(miejsowość, data)

Zgoda na przetwarzani danych osobowych

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzani moich danych osobowych (imię, nazwisko, adres, PESEL, dokumentacja związana z zatrudnieniem itp.) przez administratora, którym jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Łasku, ul. Warszawska 38, 98-100 Łask, w celu prowadzenia postępowań w związku z podejrzeniem choroby zawodowej.

Równocześnie oświadczam, iż podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne dla realizacji w/wymienionych celów.

.....
(data, imię, nazwisko, podpis)