Załącznik Nr 3

………………….…………………., dnia……………..……….2024 r.

**OŚWIADCZENIE**

Ja, poniżej podpisany/a ………………………………….…………………………………………….……………………………..

urodzony/a …………………………………..……………………w …………………………………………………..…………………

*(data urodzenia) (miejsce urodzenia)*

zamieszkały/a …….…….………………………….………………………………………………………………………………………

(adres)

Oświadczam, że wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na rejestrowanie mojego wizerunku podczas testu sprawności fizycznej (próba wydolnościowa beep test, podciąganie się na drążku, rzut piłką lekarską, bieg po kopercie) na nośniku elektronicznym.

Poinformowano mnie, że wyrażenie zgody jest dobrowolne i mogę je odwołać w każdym momencie. Brak zgody nie będzie miało wpływu na przebieg postępowania kwalifikacyjnego.

………………………………………………………

(czytelny podpis)