

**Załącznik nr 6
do Regulaminu naboru na wolne stanowiska pracy
w Podlaskim Wojewódzkim Ośrodku
Medycyny Pracy w Białymstoku**

Białystok, dn.

.....
(nazwisko i imię)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, innych niż wymienione w art. 22¹ § 1 ustawy kodeks pracy dołączonych z mojej inicjatywy do ofert na stanowisko w Podlaskim Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Białymstoku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji.

.....
(podpis)