

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany(a) oświadczam, że :

- Oświadczam, że korzystam z pełni praw publicznych.
- Oświadczam, że nie byłam skazana/nie byłem skazany prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w aplikacji w celu realizacji procesu rekrutacji na **wolne stanowisko w 109 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią SP ZOZ** (zgodnie z rozporządzeniem 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 (RODO).

Jednocześnie oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem danych osobowych jest **109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ przy ul. Piotra Skargi 9-11, 70 – 965 Szczecin, który reprezentowany jest przez Komendanta Szpitala.**
2. Administrator wyznaczył Inspektora ochrony danych. Kontakt: telefon nr 91 810 58 00 lub e-mail: sekretariat@109szpital.pl
3. Dane osobowe:
 - Będą przetwarzane w celu rekrutacji na wolne stanowiska w Szpitalu;
 - Nie będą udostępniane innym odbiorcom;
 - Okres przechowywania danych: czas niezbędny do przeprowadzenia naboru na stanowisko pracy;
 - Podane dane nie będą podstawą do zautomatyzowanego podejmowania decyzji; nie będą też profilowane;
4. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo:
 - Żądania od administratora danych dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania tych danych, a także prawo do przeniesienia danych; Żądanie w tej sprawie można przesłać na adres kontaktowy administratora danych, podany powyżej,
 - do wniesienia skargi do organu nadzorczego
5. Podstawa prawna przetwarzania danych: art. 22¹ Kodeksu pracy oraz art. 26 w zw. z art. 6 ust. 1 lit. c RODO
6. Podanie danych osobowych jest wymogiem udziału w rekrutacji oraz ewentualnego zawarcia umowy i osoba biorąca udział w procesie rekrutacji jest zobowiązana do ich podania.

.....
Podpis własnoręczny

_____, dnia _____ 20__ rok