

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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) (Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1) na potrzeby rekrutacji w **Zakładzie Opieki Zdrowotnej Gminy Grudziądz**.

.....
(data, podpis)

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA KANDYDATÓW DO PRACY

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Zakład Opieki Zdrowotnej Gminy Grudziądz** Adres: Mokre 115, 86-302 Mokre, e-mail: **administracja@zoz.grudziadz.com**;
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – **iod@zoz.grudziadz.com**
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu aktualnej rekrutacji na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych oraz m.in. art. 22¹ Kodeksu pracy,
- 4) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres do 5 lat licząc od pierwszego stycznia roku następującego po roku złożenia dokumentów aplikacyjnych,
- 5) posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie,
- 6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych,
- 7) podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa a w pozostałym zakresie jest dobrowolne,
- 8) Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.