

.....
(imię i nazwisko)

Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zamieszczonych w dokumentach aplikacyjnych przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego z siedzibą w Warszawie, ul. Marymoncka 99/103, 01-813 Warszawa w celu niezbędnym do przeprowadzenia postępowania rekrutacyjnego przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.

Podanie danych wykraczających poza zakres wymagany Kodeksem pracy jest dobrowolne przy czym podanie ich i nie wyrażenie zgody na przetwarzanie uniemożliwi udział w postępowaniu rekrutacyjnym.

Przyjęłam/Przyjąłem do wiadomości, że w każdej chwili przysługuje mi prawo do wycofania zgody na przetwarzanie moich danych osobowych. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie mojej zgody przed jej wycofaniem.

.....
(czytelny podpis i data)

Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody* na przetwarzanie moich danych osobowych zamieszczonych w dokumentach aplikacyjnych przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego z siedzibą w Warszawie, ul. Marymoncka 99/103, 01-813 Warszawa również w celu przyszłych postępowania rekrutacyjnych przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego jednak nie dłużej niż przez okres 1 roku od daty zakończenia postępowania rekrutacyjnego.

Przyjęłam/Przyjąłem do wiadomości, że w każdej chwili przysługuje mi prawo do wycofania zgody na przetwarzanie moich danych osobowych. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie mojej zgody przed jej wycofaniem.

.....
(czytelny podpis i data)

Zapoznałam/Zapoznałem się z „Informacją o przetwarzaniu danych osobowych” obowiązującą w CMKP.

.....
(czytelny podpis i data)

*Niewłaściwe skreślić