

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość i data)

.....
(miejsce zamieszkania)

Dyrektor
Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie
ul. Strzelców Bytomskich 16
41 – 902 Bytom

O Ś W I A D C Z E N I A

Ja niżej podpisany/podpisana* legitymujący/legitymująca* się dowodem osobistym seria nr wydanym przez
oświadczam, że:

1. Posiadam/nie posiadam* pełną zdolność do czynności prawnych, korzystam/nie korzystam* z pełni praw publicznych.
2. Byłem/byłam* nie byłem/nie byłam skazany/skazana* prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe ¹.
3. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na przetwarzanie moich danych osobowych w procesie rekrutacji na stanowisko
Ogłoszonego dnia i prowadzonego przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Bytomiu.

Jednocześnie oświadczam, że posiadam wiedzę o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne, (co jest zgodne z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych – Dz.U. z 2018 r., poz. 1000), w związku 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.

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić

1 - wypełnić jeśli dotyczy – zgodnie z ogłoszeniem