Załącznik nr 3

 ………………………………….………

 *(imię i nazwisko )*

………………………………………….
 (adres)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych
w dokumentach aplikacyjnych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji, na stanowisko Specjalista zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (UE) 2016/679 z 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 95/46WE (Dz. Urz. UE. L Nr 119), zwanego dalej RODO oraz ustawą z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych (Dz.U. z 2019, poz.1282).

 Rawa Mazowiecka, dn. ………………………. ………………………………………….….
 (podpis: imię i nazwisko)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną w związku z przetwarzaniem danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Rawie Mazowieckiej.

 Rawa Mazowiecka, dn. ………………………. ………………………………………..
 (podpis: imię i nazwisko