

Rawicz, dnia ..... r.

.....  
(pieczęć Administratora)**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**.....  
(imię i nazwisko)

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych), wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Administratora moich danych osobowych zawartych w CV/formularzu zgłoszeniowym:

CEL PRZETWARZANIA	TAK	NIE	PODPIS
w celu przeprowadzenia postępowania mającego na celu przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli lub byłych nauczycieli ze szkół lub placówek dla których Powiat Rawicki jest organem prowadzącym			

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że dane podane w dokumentach aplikacyjnych są zgodne z prawdą.

Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli obowiązkowej informacyjnej umieszczonej na stronie internetowej Administratora lub w siedzibie Administratora, w tym z informacją o celach i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania. Ponadto Administrator poinformował mnie, że:

- niniejsza zgoda obowiązywać będzie przez czas trwania przedmiotowego postępowania egzaminacyjnego, także po zakończeniu postępowania egzaminacyjnego, przez okres wymagany odrębnymi przepisami, w celu archiwizowania danych,
- niniejsza zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie poprzez złożenie oświadczenia w tej samej formie, w jakiej zgoda została wyrażona. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem,
- dane osobowe przetwarzane na podstawie niniejszej zgody nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

.....  
(podpis)