Pomarzanowice, ………………….

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż nie posiadam żadnych przeciwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku nauczyciela współorganizującego kształcenie

 …………………………………..

 (czytelny podpis)

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie 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 (RODO).*