Gdańsk, dnia ..............................

Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia

ul. Kołobrzeska 61,

80-397 Gdańsk

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA**

**DOTYCZĄCE WYCOFANIA\* ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Niniejszym oświadczam, że wycofuję zgodę z dnia ......................................., dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych zawartych w dokumentach aplikacyjnych znajdujących się w bazie danych Gdańskiego Ośrodka Promocji Zdrowia, przetwarzanych do tej pory na potrzeby procesu rekrutacji. ..........................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  | *Czytelny podpis*  |

*(\*)Osoby, które będą chciały wycofać zgodę na przetwarzanie danych osobowych, są proszone o złożenie oświadczenia w formie pisemnej lub mailowej na adres:*

* *Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia, ul. Kołobrzeska 61; 80-397 Gdańsk*
* *lub e-mail biuro@opz.gdansk.pl*