……………………………………….. ………………………………………

 (imię i nazwisko) (miejscowość, data)

………………………………………..

 (adres zamieszkania)

………………………………………..

Oświadczenie

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów naboru na stanowisko lekarz weterynarii/personel pomocniczy\*
w Powiatowym Inspektoracie Weterynarii w Wyszkowie.

………………………………………………..

(czytelny podpis)