

KLAUZULA INFORMACYJNA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów rekrutacji do Policealnej Szkoły Medycznej w Łodzi zgodnie z art. 6 ust 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości wzięcia udziału w procesie rekrutacji.

Jestem świadoma, że przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych w przypadkach przewidzianych prawem.

Przyjmuję do wiadomości ww. treści i zgłaszam chęć udziału w dalszym procesie rekrutacji.