

Adatkezelő hozzájáruló nyilatkozat

Alulírott(szül.hely, idő:.....)hozzájárok ahhoz, hogy a munkaerőfelvétellel kapcsolatban a Csongrád-Csanád Megyei Mellkasi Betegségek Szakkórháza munkaerő felvételt elbíráló alkalmazottai az önéletrajzomat és személyes adataimat megismerjék. Tudomásul veszem, hogy amennyiben az Intézménnyel jogviszony létesítésére nem kerül sor, önéletrajzomat megsemmisítik és személyes adataimat, az Intézmény az összes nyilvántartásából haladéktalanul törli.

Dátum:.....

név, aláírás