............................................................ ....................................., dnia ….................... r.

Imię i nazwisko

**O**ś**wiadczenie**

Oświadczam, że jestem obywatelem polskim, mam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.

Oświadczam, że brak jest przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania przeze mnie pracy na stanowisku lekarza.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Poradnię Psychologiczno–Pedagogiczną nr 2 w Bydgoszczy, ul. Gawędy 5, w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji na stanowisko lekarza.

..............................................................

podpis składającego oświadczenie