

.....
(miejsowość i data)

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja, niżej podpisany(a),
legitymujący(a) się dowodem osobistym/lub innym dokumentem potwierdzającym
tożsamość* wydanym przez,
(seria i numer)

niniejszym oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i
wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów rejestracji
osób posiadających uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach
stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych zgodnie z ustawą
z dnia 10 maja 2018r o ochronie danych osobowych

(Dz.U. z 2018 r poz.1000).

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić