

....., dnia.....

miejsowość

data

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany(a), legitymujący(a) się dowodem
(imię i nazwisko)

osobistym/lub innym dokumentem tożsamości *wydanym przez
(seria nr)

....., 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 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.)

podpis

* *niepotrzebne skreślić*