

.....
miejsowość, data

imię i nazwisko.....

nazwa macierzystej jednostki.....

sygnatura kursu KKZ 15-2019

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja, niżej podpisana/ny w związku z egzaminem w dniu 13 sierpnia 2020 r. potwierdzającym kwalifikacje w zawodzie technik pożarnictwa (kwalifikacja MS.20 „Wykonywanie działań ratowniczych”), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w zakresie niezbędnym do udokumentowania pobytu w Centralnej Szkole Państwowej Straży Pożarnej w Częstochowie z siedzibą przy ul. Sabinowskiej 62/64, 42-200 Częstochowa oraz mojego stanu zdrowia związanego z pandemią koronawirusa SARS-CoV-2.

.....

Czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę