……………………………………………… Pszczyna, dnia ………………………. 2018 r.

(Imię i nazwisko)

………………………………………………

(stanowisko pracy)

……………………………………………..

(telefon kontaktowy)

……………………………………………..

 (adres zam.)

……………………………………………..

 (e-mail)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem zainteresowany(a) dalszym zatrudnieniem w Szpitalu w  Pszczynie. Z tego względu deklaruję gotowość podjęcia pracy w szpitalu prowadzonym przez jednostkę podległą Powiatowi Pszczyńskiemu.

…………..……………………..

(podpis pracownika)

Stosownie do art. 7 pkt 5 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych oświadczam, że  wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych objętych tym oświadczeniem przez Centrum Przedsiębiorczości CP Sp. z o.o. w Woli (adres j.w.) oraz Starostwo Powiatowe w  Pszczynie, 43-200 Pszczyna, ul. 3 Maja 10, w związku z planowanym zatrudnieniem w szpitalu w  Pszczynie.

Oświadczam ponadto, że: (1) zostałem/am poinformowany/na, iż dane osobowe objęte oświadczeniem będą w  dyspozycji Centrum Przedsiębiorczości CP Sp. z o.o. w Woli (adres j.w.) oraz Starostwa Powiatowego w  Pszczynie (adres j.w.), w zakresie związanym z kontynuacją działalności Szpitala w  Pszczynie; (2)  zostałem/am poinformowany/na, iż mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania; (3)  dane osobowe zostały podane dobrowolnie.

…………………………………..

(podpis pracownika)

Informacje dodatkowe:

1. Centrum Przedsiębiorczości CP Sp. z o.o., 43 – 225 Wola, ul. Kopalniana 6, spółka zarejestrowana w KRS pod numerem 0000479385. Większościowym udziałowcem spółki jest Powiat Pszczyński.
2. Centrum Przedsiębiorczości CP Sp. z o.o. zakłada, że warunki zatrudnienia pracownika będą analogiczne jak u obecnego pracodawcy, co nie wyklucza ich zmian w przyszłości.
3. Oświadczenia należy składać w Starostwie Powiatowym w Pszczynie, ul . 3 Maja 10, Pszczyna, pokój nr 32, telefon kontaktowy 32 449 23 80