

....., *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 2002 r. Nr 101, poz. 926,
z późn. zm.)

podpis

* niepotrzebne skreślić