

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

miejsowość

## OŚWIADCZENIE

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

osobistym/lub innym dokumentem tożsamości <sup>1</sup> .....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 10 maja 2018 r. *o ochronie danych osobowych* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

.....

podpis

---

<sup>1</sup> *niepotrzebne skreślić*