………………………………………………..

( imię i nazwisko )

……………………………………………….

……………………………………………….

( adres zamieszkania )

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Oświadczam, że posiadam obywatelstwo polskie

…………………………..  
 (data i własnoręczny podpis)

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych

…………………………..  
 ( data i własnoręczny podpis)

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Oświadczam, że nie byłem/am skazany/a prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.

…………………………..  
 (data i własnoręczny podpis)

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Oświadczam, że nie występują przeciwskazania zdrowotne do wykonywania pracy na stanowisku określonym w ogłoszeniu o naborze na wolne stanowisko urzędnicze.

…………………………..  
 (data i własnoręczny podpis)

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentach składanych w związku z naborem określonym w ogłoszeniu na wolne stanowisko*,* zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

…………………………..  
( data i własnoręczny podpis)

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuje się nie pozostawać w innym stosunku pracy, który uniemożliwiłby mi wykonywanie obowiązków w wymiarze 1/2 etatu.

…………………………..  
( data i własnoręczny podpis)

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Oświadczam, że posiadam nieposzlakowaną i nienaganną opinię.

…………………………..  
 (data i własnoręczny podpis)

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Oświadczam iż nie jestem i nie byłam/em pozbawiona/ny władzy rodzicielskiej oraz władza rodzicielska nie jest jej ograniczona ani zawieszona.

…………………………..  
 (data i własnoręczny podpis)

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Świadomy/a odpowiedzialności karnej oświadczam, ze prowadzę /nie prowadzę działalności gospodarczej.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej oświadczam, iż profil prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej to…………………………………………………………………………………………………………

( wskazać jeśli dotyczy)

…………………………………………………..

( data i własnoręczny podpis )

**OŚWIADCZENIE**

**o zapoznaniu się z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych w MOPS w Mszczonowie**

Oświadczam, że w dniu ...........................zapoznałam/- em się z treścią Klauzuli Informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Mszczonowie ul. Grójecka 45, 96-320 Mszczonów.

Zostałam/em poinformowana/ny o celu i zakresie przetwarzania moich danych osobowych, wymagalności podania jej na podstawie wymogów prawa nakładających na Administratora danych, konieczność ich przetwarzania oraz należnych mi prawach wynikających z przepisów RODO, w tym możliwości skorzystania z kontaktu z Inspektorem Ochrony Danych zabezpieczającym poprawność przetwarzania moich danych oraz wniesienia skargi do Prezesa UODO, w przypadku gdy moje prawa będą naruszane.

...............................................................

( miejscowość i data ) …………................................................... ( czytelny podpis osoby oświadczającej )