

..... , *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 certyfikat zdania egzaminu w dziedzinie ochrony radiologicznej  
pacjenta , 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