Warszawa, dnia…………………………

………………………………………

Imię i Nazwisko

**OŚWIADCZENIE**

**PRACOWNIKA W SPRAWIE UDOSTĘPNIENIA WIZERUNKU DO CELÓW SŁUŻBOWYCH**

Niniejszym udostępniam pracodawcy Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie moje zdjęcie i wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku w celu umieszczenia na identyfikatorze służbowym

 ………………………………

 / podpis pracownika/