

ZGODA KANDYDATA NA PEŁNIENIE ROLI MENTORA W URZĘDZIE MARSZAŁKOWSKIM WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO W WARSZAWIE

Dane kandydata na mentora:

imię i nazwisko:

departament/kancelaria/delegatura:

Wyrażam zgodę na pełnienie roli mentora w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Mazowieckiego w Warszawie oraz na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z tą rolą. Oświadczam, że będę stosować się do zasad pełnienia roli mentora w Urzędzie i jestem świadoma/świadomy, że na mój wniosek oraz w uzasadnionych przypadkach, Sekretarz Województwa – Dyrektor Urzędu może odwołać mnie z pełnienia roli mentora.

Podpis kandydata na mentora:

Data: