**FORMULARZ WYCOFANIA ZGODY OSOBY, KTÓREJ DANE DOTYCZĄ**

Ja, [*imię i nazwisko osoby, które dane dotyczą]*, żądam wycofania mojej zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom z siedzibą w Warszawie przy ul. Dereniowej 52/24, 02-776 Warszawa, która była udzielona w związku z postępowaniem rekrutacyjnym. W związku z tym nie zgadzam się na dalsze przetwarzanie moich danych osobowych przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii w celach rekrutacyjnych.

Jestem świadomy/a, że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Dokument podpisany przez osobę, której dane dotyczą:

Podpis: Data:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_