

До
Декана на Медицински Факултет
Медицински университет - София

ДЕКЛАРАЦИЯ - СЪГЛАСИЕ

От

(трите имена по документ за самоличност)

.....
(звено, катедра, отдел)

УВАЖАЕМИ Г-Н ДЕКАН,

1. Съгласен/а съм да получавам ежемесечно своя фиш за работна заплата на следния e-mail адрес:
2. Съгласен/а съм Работодателя да използва посочените от мен лични данни за дейността си, съгласно изискванията на Закона за защита на личните данни.
3. Задължавам се при настъпили промени да информирам своевременно Работодателя.

Декларатор:.....

/...../