**SUTIKIMAS TVARKYTI ASMENS DUOMENIS**

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

(data)

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

(sudarymo vieta)

Aš, ,

(vardas, pavardė)

 ,

(pareigų pavadinimas)

Patvirtinu, kad esu susipažinęs (-usi) su Šilalės rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuro asmens duomenų tvarkymo taisyklėmis, patvirtintomis direktoriaus 2018 m. gegužės 24 d. įsakymu Nr. B1-10 „Dėl Šilalės rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuro asmens duomenų tvarkymo taisyklių patvirtinimo“.

Laisva valia sutinku, kad mano asmens duomenis *įstaiga*  tvarkytų šiose taisyklėse nurodytais tikslais.

 Parašas Vardas ir pavardė