**Zgoda Sygnalisty na Przekazanie Danych Osobowych**

**Jednostka:** Komenda Powiatowa Policji w Kartuzach
**Data:**

**Imię i Nazwisko Sygnalisty:**
**Numer Zgłoszenia (jeśli dotyczy):**

Ja, niżej podpisany/a, wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych w ramach postępowania prowadzonego na podstawie zgłoszenia dotyczącego naruszeń, które złożyłem/am w ramach Wewnętrznej procedury dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następczych w Komendzie Powiatowej Policji w Kartuzach (…).

W szczególności wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych świadkom oraz innym osobom zaangażowanym w tok czynności dyscyplinarnych lub wyjaśniających, o ile jest to niezbędne dla prawidłowego i rzetelnego przeprowadzenia postępowania.

Jestem świadomy/a, że przekazanie moich danych osobowych w ramach postępowania może być niezbędne do zapewnienia pełnej przejrzystości i skuteczności prowadzonych działań oraz że udzielona zgoda może być w każdej chwili cofnięta, co nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

**Podpis:**

* Imię i Nazwisko:
* Data:
* Podpis: