**Zał. 2**

*Imię, nazwisko, adres*

OŚWIADCZENIE KANDYDATA

Wyrażam zgodę na udział w Ogólnopolskim Konkursie SBP Bibliotekarz Roku 2024organizowanym przez Stowarzyszenie Bibliotekarzy Polskich oraz przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby organizacji i promocji tego Konkursu zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz. U. z 2018 poz. 1000).

Miejscowość, data Podpis