

AUTORITZO A:

L'INSTITUT D'INVESTIGACIÓ SANITÀRIA PERE VIRGILI a que tracti les meves dades amb finalitats de selecció de personal, qui les cedirà únicament en aquells casos legalment exigibles, de conformitat amb l'exposat al Reglament (UE) 2016/679, i corresponent normativa que el desenvolupa.

Nom i Cognoms:

Signat: