

## ЗАЯВКА

Молодёжный проект «Театральный поединок» в Московской области 2024г.

|                                                                                                                                            |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Городской округ (населённый пункт)                                                                                                         |  |
| Наименование учреждения (в соответствии с ЕГРЮЛ полное и сокращённое наименование)                                                         |  |
| ФИО директора учреждения (полностью)                                                                                                       |  |
| Полное название театральной студии (коллектива)                                                                                            |  |
| ФИО руководителя театрального коллектива (полностью)                                                                                       |  |
| Количество учащихся театрального коллектива (от 12 до 22 лет)<br>(обязательно указать возраст участников)                                  |  |
| Помещение для проведения мастер-классов по актёрской импровизации<br>(наличие помещения, готовность предоставить и согласовать график)     |  |
| Сценическая площадка для проведения конкурсной программы<br>(наличие площадки, вместимость, техническое оснащение)                         |  |
| Возможность организовать выезд команды театрального коллектива из 6-7 чел. для участия в конкурсной программе в соседнем городе (до 60 км) |  |

Ответственный за творческий коллектив от учреждения  
(Ф.И.О.(полностью), должность, контактный телефон, почта):

|             |
|-------------|
| / +7 (    ) |
| e-mail:     |

Настоящей заявкой на участие в Проекте принимаю условия проведения Проекта и своего участия в Проекте, определённые Положением о Московском областном проекте «Театральный поединок». Соглашаюсь, что все права на трансляцию, аудио- и видеозаписи Проекта без дополнительного гонорара принадлежат Организатору Проекта, соглашаюсь на обработку персональных данных.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024 г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

М.П.

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО)

паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,  
(серия, номер) (когда и кем выдан)

адрес регистрации: \_\_\_\_\_,

даю свое согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных моего ребёнка) ИП Драченин Максим Александрович, расположенного по адресу: 125362, г.Москва, ул.Большая набережная, д.1 кв.244, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; тип документа, удостоверяющего личность; данные документа, удостоверяющего личность; гражданство.

В соответствии с п. 1 ст. 9 закона РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю разрешение на обработку моих (моего ребёнка) персональных данных любым законодательно дозволенным способом исключительно в целях участия в Московском областном проекте «Театральный поединок», а также на хранение данных об этих результатах на электронных носителях.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией, обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что ИП Драченин М.А. гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись      Расшифровка подписи