

Директору  
Санкт-Петербургского государственного бюджетного  
учреждения «Культурный центр «Троицкий»

от \_\_\_\_\_  
(ФИО)

паспорт \_\_\_\_\_

Домашний адрес (адрес регистрации) \_\_\_\_\_

конт. тел./дом. тел./ e-mail \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня \_\_\_\_\_  
фамилия имя отчество участника (полностью)

в \_\_\_\_\_  
(наименование клубного формирования (кружка, секции, студии, коллектива)

(на бесплатной/платной основе) Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения «Культурный центр «Троицкий» (СПб ГБУ КЦ «Троицкий») с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года (творческий сезон 20\_\_-20\_\_ г.).

Оплату гарантирую до 10 числа каждого (текущего) месяца.

С правилами посещения СПб ГБУ КЦ «Троицкий», правилами соблюдения пожарной безопасности, требованиями по технике безопасности, режимом работы учреждения, положением о кружке (студии, секции, коллективе), графиком проведения занятий ознакомлен (-а), согласен (-а), обязуюсь выполнять (соблюдать).

Обязуюсь представить медицинское свидетельство от врача о возможности посещения клубного формирования, а также ставить в известность руководителя клубного формирования (кружка, секции, коллектива) о наличии заболевания и невозможности посещения занятия.

Настоящим подтверждаю, что сведения, указанные мной в настоящем заявлении, соответствуют действительности и не являются ложными.

Также в соответствии с Федеральным законом РФ №152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных» даю согласие на обработку указанным оператором предоставленных мною персональных данных.

Перечень действий с персональными данными, в отношении которых дано согласие, включает: обработку представленных мною персональных данных неавтоматизированным и автоматизированным способом, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), блокирование, уничтожение.

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО), оповещен о том, что в случае неявки в учреждение в указанный срок (дата начала занятий) мое заявление может быть аннулировано.

К настоящему заявлению прилагаются:

- \_\_\_\_\_ ;  
- \_\_\_\_\_ ;  
- \_\_\_\_\_ ;

(указать документы: копия паспорта, справка от врача о состоянии здоровья с заключением о возможности заниматься и др.).

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Заявление принял: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
(должность) (ФИО) (подпись)