

FORMULARZ CASTINGOWY

Imię i nazwisko:

Data urodzenia: Wiek:

Numer telefonu (opcjonalnie):

E-mail (opcjonalnie):

 Jestem osobą pełnoletnią**DOŚWIADCZENIE:**

● TANEZNE:

.....

.....

● WOKALNE:

.....

.....

● AKTORSKIE:

.....

.....

MATKA (OPIEKUNKA) / OJCIEC (OPIEKUN): Imię i nazwisko:

Numer telefonu:

E-mail:

Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO):

1) wyrażam zgodę nie wyrażam zgody

na filmowanie/fotografowanie Uczestnika oraz wykorzystywanie wizerunku Uczestnika przez WAM Sp. z o.o. Sp. k. w związku z procesem przesłuchań i naboru oraz w celach promocyjnych Teatru WAM

2) wyrażam zgodę nie wyrażam zgody

na przechowywanie i przetwarzanie moich danych oraz danych Uczestnika dla potrzeb przesłuchań i naboru oraz potrzeb archiwalnych i statystycznych WAM Sp. z o.o. Sp. k. oraz kontaktu z Rodzicem (Opiekunem) Uczestnika/Uczestnikiem

Informacja o przechowywaniu i przetwarzaniu danych osobowych

Administratorem Państwa danych osobowych oraz danych osobowych Uczestnika jest WAM Sp. z o.o. Sp. k. z siedzibą w Warszawie (02-241) przy ul. Przedpole 5

.....
Podpis