

**PODSTAWOWA SEKCJA NIEREPARTYCYJNA:** ………………………………..……………………………….

**INNA SEKCJA BRANŻOWA:**

………………………………..……………………………….

**Pozytywna opinia Zarządu Sekcji**

**Data:** …………………………………………….

**Data przyjęcia w poczet członków:** ……………………..…………………….…………..

**Związek Artystów Scen Polskich**

**ZASP–STOWARZYSZENIE**

**Al. Ujazdowskie 45**

**00–536 Warszawa**

**WNIOSEK - DEKLARACJA**

**O PRZYJĘCIE W POCZET CZŁONKÓW O STATUSIE NIEREPARTYCYJNYM**

**ZWIĄZKU ARTYSTÓW SCEN POLSKICH ZASP – STOWARZYSZENIE**

Ja niżej podpisana/y, …………………………………………………………………………….………….., po zapoznaniu się z treścią Statutu Związku Artystów Scen Polskich ZASP – Stowarzyszenie z siedzibą w Warszawie (dalej „ZASP”) wnoszę o przyjęcie mnie w poczet członków o statusie nierepartycyjnym ZASP do sekcji podstawowej nierepartycyjnej tj.: ………………………………………………………………………

Nadto w trybie par. 12 ust. 1 oraz par. 10 ust. 2 Statutu ZASP wskazuję inną sekcję branżową tj. sekcję: …………………………….……………………………………….

Niniejszym oświadczam, iż spełniam warunki członkostwa w ZASP określone:

1. w par. 10 ust. 4 Statutu ZASP, co potwierdzam załączonymi do niniejszego wniosku dokumentami/informacjami;
2. w par. 10 ust. 5 Statutu ZASP tj. posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i nie zostałam/em pozbawiona/y praw publicznych.

Po przyjęciu mnie w poczet członków o statusie nierepartycyjnym ZASP zobowiązuję się przestrzegać zapisów Statutu ZASP, w szczególności dbać o dobre imię ZASP, przestrzegać regulaminów i uchwał podjętych przez organy ZASP oraz terminowo opłacać składki członkowskie w wysokości określonej przez Zarząd Główny ZASP.

**………………………………………………………………………..** **………………………………………………………………………..**

(imię i nazwisko) (pseudonim artystyczny)

**……………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………..**

(nazwisko rodowe) (obywatelstwo)

**……………………………………………………………………….. .…………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………….. .…………………………………………………………………….**

(adres zamieszkania) (adres do korespondencji)

**……………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………..**

 (seria i numer dokumentu tożsamości) (organ wydający)

**………………………………………………………………………..**  **………………………………………………………………………..**

(telefon stacjonarny / fax) (telefon komórkowy)

**……………………………………………………….………………… ……………………………………………………….………………**

(adres e-mail) (adres strony www)

 **WYKSZTAŁCENIE**

**PESEL ……………………………………………………………...** **……………………………………………………………………………**

 **……………………………………………………………………………**

 **……………………………………………………………………………**

 (nazwa teatru – obecne miejsce pracy)

 **……………………………………………………………………………**

 **……………………………………………………………………………**

 (agencja aktorska / menedżer)

**………………………………………………………………………..** **………………………………………………………………………..**

 (miejscowość, data) (podpis)

**Wymagane dokumenty:**

– odpis dyplomu wyższej uczelni lub szkoły średniej uprawniającej do pracy artystycznej, naukowej, pedagogicznej – w dziedzinie teatru, estrady, radia, telewizji, filmu lub weryfikacji uprawnień artystycznych wydanych przez Ministerstwo Kultury lub ZASP,

– życiorys artystyczny zawierający dokładny przebieg pracy zawodowej,

– inne dokumenty potwierdzające spełnienie kryteriów o jakich mowa w par. 10 ust. 4 Statutu ZASP,

– 2 fotografie,

– dowód uiszczenia 50 zł tytułem opłaty wpisowej (dowód zapłaty w kasie ZASP lub przelewem na

 rachunek bankowy ZASP nr 78 1020 1026 0000 1802 0386 9823)

**………………………………………………………………………..**

(imię i nazwisko)

**PRZEBIEG PRACY ARTYSTYCZNEJ**

…….**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

(dokładna data i miejsce debiutu artystycznego: tytuł, autor, rola, reżyser, teatr, rok)

**Miejsce pracy, pełna nazwa Stanowisko Okres od – do**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**POSIADANE ORDERY, ODZNACZENIA, NAGRODY**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**ŻYCIORYS ARTYSTYCZNY**

**Role teatralne, telewizyjne, radiowe i inne**

(tytuł, autor, rola, reżyser, rok)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**………………………………………………………………………..** **………………………………………………………………………..**

 (miejscowość, data) (podpis)



……………………………………………………… ………………………………………………….
 (imię) (miejscowość i data)
………………………………………………………
 (nazwisko) **ZARZĄD FUNDUSZU SAMOPOMOCOWEGO**
……………………………………………………… **Związek Artystów Scen Polskich**
 (adres) **ZASP – STOWARZYSZENIE**
……………………………………………………… **00-536 Warszawa, Al. Ujazdowskie 45**
 ………………………………………………………
 (numer legitymacji członkowskiej)

W związku z moją przynależnością do ZASP-u proszę, w wypadku mojej śmierci, wypłacić sumę przysługującą mi z tytułu mojego uczestnictwa w Funduszu Samopomocowym ZASP, osobom wymienionym poniżej, wg następującej kolejności:

1. Imię i nazwisko:

zamieszkała(y) obecnie:

.......................................................................................................................................................

numer telefonu:

W razie, gdyby w chwili mojej śmierci wymieniona powyżej osoba nie żyła, proszę o wypłacenie tej sumy:

1. Imię i nazwisko:

zamieszkała(y) obecnie:

……………………………………………………………………………………………………….

 numer telefonu:

W razie, gdyby w chwili mojej śmierci wymieniona powyżej osoba nie żyła, proszę o wypłacenie tej sumy:

1. Imię i nazwisko:

zamieszkała(y) obecnie:

……………………………………………………………………………………………………….

numer telefonu:……………………………………………………………………………………….

 ……………………………………………....... (czytelny podpis osoby składającej deklarację)

 Potwierdzam własnoręczność podpisu

……………………..………………………………………. 
 (data) (pieczęć i podpis Oddziału, Koła ZASP)

**UWAGA**

**Prosimy o czytelne wypełnienie formularza

Zgodnie z** § **11 Regulaminu Funduszu Samopomocowego prawo do zasiłku w pełnej wysokości uzyskuje się po 3 latach przynależności do Funduszu.**

**Zgodnie z** § **13 Regulaminu Funduszu Samopomocowego zasiłki nie podjęte w terminie 1 roku od dnia zgonu członka FS przechodzą na rzecz Funduszu.**

**W przypadku gdy w chwili zgonu członka FS osoby wskazane w Deklaracji jako uprawnione do otrzymania zasiłku pogrzebowego nie żyją, kwota zasiłku wypłacana jest zgodnie z** § **12 ust. 2.**