|  |  |
| --- | --- |
| Договор-заявка на участие в Чемпионате Сибирского федерального округа по массажу | ОРГАНИЗАТОРЫ: Управление Алтайского края по развитию туризма и курортной деятельности КГБУ «Алтайтурцентр»;ЕКС ЧМ «Национальная федерация массажистов» |
| 19-20 октября 2021 г. |



**ЗАЯВКА**

**Чемпионат Сибирского федерального округа по массажу**

 **(участие в Чемпионате БЕСПЛАТНОЕ)**

|  |  |
| --- | --- |
| **ФИО** |   |
| **Тел./e-mail** |  |
| **Место работы** |  |
| **Адрес места работы** |  |
| **Тел./сайт места работы** |  |
| **Статус****(подчеркнуть)** | **Профессионал:**- медицинское образование (высшее, среднее)- профессиональное обучение по программе профессиональной подготовки, переподготовки, повышения квалификации по специальности «Специалист по предоставлению бытовых косметических услуг»- дополнительное профессиональное образование по программам профессиональной переподготовки по специальности «Медицинский массаж»**Любитель** (без специального образования)Копии документов об образовании участника предоставляются вместе с настоящей заявкой. |
| **Номинация (нужное подчеркнуть ):** | **Обязательная программа (30 мин)** классический массаж**Произвольная программа (40 мин)**медицинский массаж;спа-массаж;классический массаж лица. |

**Срок подачи заявки до 11.10.2021.**

**Участник** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата подачи заявки:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО) (Подпись)

**ВНИМАНИЕ**!

Для участия в Чемпионате участник предоставляет модель, на которой будут демонстрироваться навыки специалиста. Все модели информируются, что для целей, реализуемых в чемпионатах ЕКС НФМ, они могут быть сфотографированы и снты на видео. Фото и видео материалы могут размещаться в средствах социального информирования (в том числе в редакционных статьях, публикациях в сети интернет, рекламных публикациях), на что модели дают согласие в письменной форме. Организатор ЕКС НФМ в целях проведения конкурсной оценки знаний и навыков участников оставляет за собой право замены предоставленной модели на другую.

***Заполненную заявку и приложения присылайте на адрес:*** ***visitaltai@i-bsc.ru*** ***для Инны Мирошниченко***

**ПРИОЖЕНИЕ № 1**

СОГЛАСИЕ

НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ФИО)

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (серия, номер) (когда и кем выдан)

адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

даю свое согласие на обработку в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

моих персональных данных, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; тип документа, удостоверяющего личность; данные документа, удостоверяющего личность; гражданство.

Я даю согласие на использование персональных данных исключительно в целях моего участия в Чемпионате Сибирского федерального округа по массажу, а также на хранение данных на электронных носителях.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанной выше цели, 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись Расшифровка подписи

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 2**

**Бланк программы участника чемпионата**

|  |  |
| --- | --- |
| **ФИО**участника |  |
| **Образование**, профессиональная деятельность |  |
| **Место работы** |  |
| **Место обучения** (школа) |  |
| Дополнительные**курсы повышения квалификации** (мастерства) |  |
| **Программа**название, если есть, или на что направлена |  |
| **Цель программы** |  |
| **Показания**программы |  |
| **Противопоказания** программы |  |
| **Диагностические приемы**исходного состояния |  |
| **Методы/методики**,используемые в программе |  |
| **Последовательность** выполняемых действий |  |
| **Эффект**от программы, за счет чего он происходитметодика→эффект |  |
| Методы **подтверждения** эффекта |  |
| Есть ли **публикации** **на тему программы** (указать) |  |
| **Публикации о применяемых методах** в программе (учебники, статьи, методички) |  |
| Средства, **инструменты**, аксессуары, используемые в программе |  |
| **Продолжительность** программы |  |
| Дополнительные **рекомендации** |  |

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 3**

**Информированное добровольное согласие** **на участие в качестве модели на чемпионате**

**Сибирского федерального округа по массажу и проведение процедуры** **массажа**

На основании статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО и адрес регистрации)

**добровольно** соглашаюсь на проведение мне процедуры массажа тела или отдельных его частей, в том числе с использованием аппаратов и/или инструментов для массажа, а также косметических средств в

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать организационно-правовую форму и наименование организации/ИП)

**Я сообщаю** об известных мне аллергических реакциях на: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

о применяемых мной в данный момент медицинских препаратах: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

о наличии у меня хронических заболеваний: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

о перенесенных травмах: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Я подтверждаю**, что я был(а) проинформирован(а) медицинским работником о существующих противопоказаниях к массажу, а именно:

|  |  |
| --- | --- |
| **абсолютные противопоказания:** | **относительные противопоказания:** |
| * заболевания крови, склонность к тромбообразованию;
* туберкулез;
* СПИД;
* наличие опухоли;
* наличие индивидуальной непереносимости массажа;
* наличие нарушений психики.
 | * заболевания кожи;
* венерические заболевания (в том числе инфекции ППП);
* алкогольное опьянение;
* острые заболевания и инфекции;
* беременность;
* менструация;
* отравления и интоксикации;
* кровотечения любого генеза.
 |

**Я понимаю,** что перечисленные здесь противопоказания могут повлечь осложнения и привести к необходимым диагностическим и лечебным процедурам, что может потребовать от меня денежных и временных затрат, возможного освобождения от работы. Специалист по массажу и организаторы чемпионата **не несут ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщил(а) или не знал(а) о своих противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на процедуру.**

**Я осознаю**, что возможны незначительные болевые ощущения во время процедуры, а также реакции на процедуру в виде покраснения участков кожи (при этом их интенсивность и количество могут увеличиваться в теплое время года и зависеть от изначального состояния кровеносных сосудов), аллергических реакций.

**Кроме того, я был(а) проинформирован(а)** о том,что для целей, Чемпионата Сибирского федерального округа по массажу меня могут фотографировать и снимать на видео, с последующим размещением в редакционных статьях, публикациях в сети интернет, рекламных публикациях Чемпионатов, на что **я даю свое добровольное согласие.**

**Я подтверждаю**, что данный документ был мной прочитан, мне разъяснен его смысл, и его содержание мне понятно.

**Мне достаточно** полученной информации, чтобы дать данное информированное и осознанное согласие на проведение процедуры массажа и участие мною в качестве модели в рамках Чемпионата Сибирского федерального округа по массажу.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество полностью и подпись)

**Специалист: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**