



AUTORIZACION ACCESO MENOR EN CONCIERTO A LA SALA _____

Concierto: _____

Fecha: _____

El abajo firmante, D./ Dña. _____ con DNI/NIE/PASAPORTE nº _____, y teléfono _____

NOTIFICA que es progenitor o tutor, del menor / menores:

1. NOMBRE + APELLIDOS _____ con DNI/NIE/PASAPORTE _____
2. NOMBRE + APELLIDOS _____ con DNI/NIE/PASAPORTE _____
3. NOMBRE + APELLIDOS _____ con DNI/NIE/PASAPORTE _____
4. NOMBRE + APELLIDOS _____ con DNI/ NIE/ PASAPORTE _____

Y que es conocedor y acepta el contenido del artículo 25, Ley 17/1997 de Julio de **espectáculos públicos y actividades recreativas**, por la cual los menores de 16 años pueden acceder a una actuación en directo y realizada en un establecimiento destinado a mayores de edad, quedando estos bajo su único cuidado, tutela y responsabilidad.

Acepta que velará por el bienestar de los menores antes relacionados desde su acceso al establecimiento, que permanecerá con ellos durante toda la actuación y que una vez acabada la misma abandonarán el establecimiento. Procurará que todos lleven consigo en cada momento su identificación personal.

Por esto mismo, asume la responsabilidad de impedir, por parte de los menores, el consumo de sustancias como alcohol, tabaco o estupefacientes y de evitar cualquier situación de riesgo o peligro para los menores, o que ellos mismos puedan ocasionar.

Acepta eximir al establecimiento de cualquier tipo de responsabilidad, perjuicio, daño o trastorno que puedan sufrir o provocar dichos menores durante su estancia en el establecimiento.

Consiente firmemente que el establecimiento no devuelva el importe abonado por los menores o se deniegue su entrada, en caso de haber incumplido alguna de las condiciones o de no haber aportado la documentación correcta y necesaria.

El incumplimiento de cualquiera de los puntos anteriores puede suponer la expulsión del establecimiento, tanto de la persona que firma esta autorización como de las personas a su cargo. Declara que ha sido informado de la política de protección de datos y acepta el tratamiento de ellos.

Y **firma** conforme a lo anteriormente expuesto, en Zaragoza a ____ de ____ de ____

PROTECCION DE DATOS. De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27/04/2016, consiento que mis datos sean tratados bajo la responsabilidad de Teatro del Temple Producciones S. Coop, Pam Hosteleros SL, Che y Moche SL UTE con la finalidad de gestionar y controlar el acceso de menores en las instalaciones. Estoy informado de que tengo derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento y a ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante solicitud por escrito con la referencia "TUTELA DERECHOS LOPD" dirigiéndome a Vía Universitat, 30-32, 50017 Zaragoza. Email: protecciondedatos@teatrodelaesquinas.com También estoy informado de que puedo reclamar ante la autoridad de control a www.agdp.es

