



Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisana/y

.....

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o usługi opieki wytchnieniowej

zamieszkały/a

.....

kod pocztowy , miejscowość , ulica

.....

legitymujący/a się dowodem osobistym

.....

Seria i numer

wydanym przez.....

.....

Upoważniam Pana/Panią

.....

Imię i nazwisko

zamieszkały/a.....

.....

kod pocztowy , miejscowość , ulica

.....

legitymujący/a się dowodem osobistym

.....

Seria i numer

wydanym przez.....

.....

do załatwiania spraw związanych z chęcią przystąpienia przeze mnie do Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, przez Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Żurominie , w tym też do podpisywania w moim imieniu wszelkiej dokumentacji związanej z realizacją w/w programu.

Żuromin dnia

.....

podpis osoby wydającej upoważnienie