



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