



Fundusze Europejskie
dla Świętokrzyskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „**Pomocna Dłoń dla gminy Mirzec- usługi społeczne i zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**”.

PEŁNOMOCNICTWO¹

obowiązujące w projekcie pn.

„Pomocna Dłoń dla gminy Mirzec- usługi społeczne i zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”

nr FESW.09.04-IZ.00-0048/24 w ramach Priorytetu 9. Usługi społeczne i zdrowotne, Działania 09.04. Zwiększenie dostępności usług społecznych i zdrowotnych w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus

Ja, niżej podpisany/ podpisana,.....

legitymujący/ legitymująca się dowodem osobistym serianr.....

wydanym przez.....

udzielam pełnomocnictwa szczególnego:

Panu/Pani.....

zamieszkałemu/zamieszkałej.....

¹ Pełnomocnictwo jest udzielane zgodnie z §5 ust. 11 Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Pomocna Dłoń dla gminy Mirzec- usługi społeczne i zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”.



Fundusze Europejskie
dla Świętokrzyskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

legitymującemu/ legitymującej się dowodem osobistym

seria..... nr.....

wydanym przez.....

do reprezentowania mojej osoby w następujących czynnościach związanych
z uczestnictwem w projekcie **„Pomocna Dłoń dla gminy Mirzec- usługi społeczne i
zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”**:

1. Złożenie Formularza Zgłoszeniowego oraz dokumentacji rekrutacyjnej do projektu pn. „Pomocna Dłoń dla gminy Mirzec- usługi społeczne i zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu” wraz z załącznikami.
2. Zawarcia umowy uczestnictwa wraz z załącznikami do projektu pn. „Pomocna Dłoń dla gminy Mirzec- usługi społeczne i zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”
3. Podpisywanie kart wizyt świadczonych w ramach ww. projektu.

Pełnomocnictwa udzielam na okres mojego uczestnictwa w ww. projekcie.

.....

(data i czytelny podpis)