



Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Przepis na Opiekę – usługi społeczne dla osób wymagających wsparcia z m. Szklarska Poręba”, współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027.

## **PEŁNOMOCNICTWO<sup>1</sup>**

### **obowiązujące w projekcie pn. „Przepis na Opiekę – usługi społeczne dla osób wymagających wsparcia z m. Szklarska Poręba”**

współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027.

Ja, niżej podpisany/podpisana \_\_\_\_\_

legitymujący/legitymująca się dowodem osobistym seria \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_

wydanym przez \_\_\_\_\_

udzielam pełnomocnictwa szczególnego:

Panu/Pani \_\_\_\_\_

zamieszkałemu/zamieszkałej \_\_\_\_\_

legitymującemu/legitymującej się dowodem osobistym seria \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_

wydanym przez \_\_\_\_\_

do reprezentowania mojej osoby w następujących czynnościach związanych z rekrutacją i uczestnictwem w projekcie „Przepis na Opiekę – usługi społeczne dla osób wymagających wsparcia z m. Szklarska Poręba”

1. Wypełnienie oraz złożenie formularza zgłoszeniowego wraz z dokumentacją rekrutacyjną do projektu pn. „Przepis na Opiekę – \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Pełnomocnictwo jest udzielane zgodnie z **§6 pkt.11** Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Przepis na Opiekę – usługi społeczne dla osób wymagających wsparcia z m. Szklarska Poręba”



usługi społeczne dla osób wymagających wsparcia z m. Szklarska Poręba” wraz z załącznikami.

2. Zawarcia umowy uczestnictwa wraz z załącznikami do projektu pn. „Przepis na Opiekę – usługi społeczne dla osób wymagających wsparcia z m. Szklarska Poręba”.
3. Podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego oraz odbioru teleopaski wraz z akcesoriami do ładowania.
4. Podpisania i przekazania protokołu zdawczo-odbiorczego oraz zwrotu teleopaski wraz z akcesoriami do ładowania po zakończeniu mojego uczestnictwa w projekcie.
5. Podpisywanie kart wizyt świadczonych w ramach ww. projektu.

**Pełnomocnictwa udzielam na okres mojego uczestnictwa w ww. projekcie.**

---

miejsowość

data

czytelny podpis