Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Pomocna dłoń - usługi zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z pow. bełchatowskiego” .

PEŁNOMOCNICTWO[1]

obowiązujące w projekcie pn.

„Pomocna dłoń - usługi zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z pow. bełchatowskiego” nr FELD.07.09-IP.01-0108/24 dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027, w ramach Priorytetu 7. Fundusze europejskie dla zatrudnienia i integracji w Łódzkiem, Działania FELD.07.09 Usługi społeczne i zdrowotne.

Ja, niżej podpisany/ podpisana,……

legitymujący/ legitymująca się dowodem osobistym seria ……nr……

wydanym przez……

udzielam pełnomocnictwa szczególnego:

Panu/Pani……

zamieszkałemu/zamieszkałej……

[1] Pełnomocnictwo jest udzielane zgodnie z **§6 ust. 10** Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „……”.

legitymującemu/ legitymującej się dowodem osobistym seria……nr……

wydanym przez……

do reprezentowania mojej osoby w następujących czynnościach związanych z uczestnictwem w projekcie **„Pomocna dłoń - usługi zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z pow. bełchatowskiego”**:

1. Złożenie formularza zgłoszeniowego oraz dokumentacji rekrutacyjnej do projektu pn. „Pomocna dłoń - usługi zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z pow. bełchatowskiego” wraz z załącznikami.
2. Zawarcia umowy uczestnictwa wraz z załącznikami do projektu pn. „Pomocna dłoń - usługi zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z pow. bełchatowskiego”
3. Podpisywanie kart wizyt świadczonych w ramach ww. projektu.

Pełnomocnictwa udzielam na okres mojego uczestnictwa w ww. projekcie.

……

(data i czytelny podpis)