



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



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

PEŁNOMOCNICTWO¹

obowiązujące w projekcie pn.

„**Pomocna Dłoń dla mieszkańców gminy Krzyżanów – usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**” nr FELD.07.09-IP.01-0030/24. dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) 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. „Pomocna Dłoń dla mieszkańców gminy Krzyżanów – usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu” .



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



legitymującemu/ legitymującej się dowodem osobistym

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

wydanym przez.....

do reprezentowania mojej osoby w następujących czynnościach związanych z uczestnictwem w projekcie **„Pomocna Dłoń dla mieszkańców gminy Krzyżanów – usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”**:

1. Złożenie formularza zgłoszeniowego oraz dokumentacji rekrutacyjnej do projektu pn. „Pomocna Dłoń dla mieszkańców gminy Krzyżanów – usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu” wraz z załącznikami.
2. Zawarcia umowy uczestnictwa wraz z załącznikami do projektu pn. „Pomocna Dłoń dla mieszkańców gminy Krzyżanów – usługi społeczne 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)