



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

### PEŁNOMOCNICTWO<sup>1</sup>

**obowiązujące w projekcie pn.**

„Pomocna dłoń - usługi zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powiatu 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.....

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**”

<sup>1</sup> Pełnomocnictwo jest udzielane zgodnie z §6 ust. 10 Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „.....”.



**potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powiatu  
bełchatowskiego”:**

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

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

.....

(data i czytelny podpis)