…….. Łagów, …….
Imię i nazwisko

……..
PESEL

……..
Adres zamieszkania

PEŁNOMOCNICTWO

Niniejszym udzielam pełnomocnictwa Pani/Panu …….
(PESEL ……..)
Legitymującej/cemu się dowodem osobistym – seria i numer ……..
wydanym przez ……..
zamieszkałej/go w …….
nr telefonu ……..
do reprezentowania mnie we wszystkich czynnościach związanych ze sprawami prowadzonymi przez Miejsko - Gminnym Ośrodek Pomocy Rodzinie w Łagowie, w tym składania wniosków, oświadczeń oraz udzielania wyjaśnień w moim imieniu, w zakresie świadczeń:

□ stypendium szkolnego

□ zasiłku szkolnego*

w roku szkolnym 2023/2024

Pełnomocnictwo obowiązuje na wyżej wymieniony okres przyznania świadczeń.

Pełnomocnictwo wygasa z chwilą śmierci mocodawcy lub pełnomocnika.

…….
Czytelny podpis mocodawcy

* niepotrzebne skreślić