

SPLNOMOCNENIE

Žiadateľ:	
IČO:	
Sídlo:	
Za žiadateľa koná (meno/funkcia):	

týmto splnomocňuje

titul, meno, priezvisko:	
pracovná pozícia u žiadateľa:	
číslo občianskeho preukazu:	
dátum narodenia:	
trvale bytom:	

na nižšie uvedené úkony týkajúce sa Žiadosti o zapojenie sa do národného projektu Podpora sociálneho začleňovania pre vybrané skupiny osôb so zdravotným postihnutím.

Splnomocnenie je vydané na nasledovné úkony¹:

- na podpísanie Žiadosti o zapojenie sa do národného projektu Podpora sociálneho začleňovania pre vybrané skupiny osôb so zdravotným postihnutím a súvisiacej dokumentácie,
- na osobné predloženie Žiadosti o zapojenie sa do národného projektu Podpora sociálneho začleňovania pre vybrané skupiny osôb so zdravotným postihnutím a súvisiacej dokumentácie v sídle Ministerstva práce sociálnych vecí a rodiny (ďalej MPSVR SR),
- na zastupovanie v komunikácii s MPSVR SR v rámci podanej Žiadosti o zapojenie sa do národného projektu Podpora sociálneho začleňovania pre vybrané skupiny osôb so zdravotným postihnutím,
- na podpis Zmluvy o spolupráci.

Splnomocnenie sa udeľuje na dobu určitú, do DD. MM. RRRR vrátane.

V dňa **Kliknite alebo ťuknite a zadajte dátum.**

.....
(titul, meno, priezvisko)

Splnomocnenie prijímam:

V dňa **Kliknite alebo ťuknite a zadajte dátum.**

.....
(titul, meno, priezvisko)

¹ Nehodiace sa vymažte